

﴿ مقدمة الطبعة الأولى ﴾

فن الولادة ، كسائر الفنون الطبية ، طرأ عليه في السنين الأخيرة تحسينات مهمة واكتشافات جلية بلغت به شأواً بعيداً . فقد أصبح ممكناً بفضل هذه الاكتشافات ملافاة ومعالجة كثير من أمراض الولادة ومضاعفاتها التي كانت تعتبر الى عهد قريب مما لا حيلة للعلم به .

وقد دعاني ذلك الى وضع كتاب في فن الولادة يشرح اقصى ما وصل اليه هذا الفن من الرقي . ومراعاة لفائدة الحكيمات قد وضعت في اول الكتاب فصولاً مطوّلة في تشريح الحوض والاعضاء التناسلية للمرأة لما بين هذين الفئتين من العلاقة التامة .

ولى وطيد الأمل أن يحوز كتابي هذا رضاء حضرات زملائي الأفاضل وأن يقوم بالفائدة التي أرجوها منه .

٢٥ يونيو سنة ١٩٠٨

نجيب محفوظ

﴿ مقدمة الطبعة الثانية ﴾

صدرت الطبعة الأولى من هذا الكتاب في أواخر سنة ١٩٠٨ ، ونفذت نسخها بعد ذلك في برهة أربع سنوات . فكان رواج الكتاب أعظم مشجع لى على العمل لما فيه من الدلالة على أنه سد فراغاً . وقد حاولت إصدار هذه الطبعة فى سنة ١٩١٤ . ولكن حالت دون ذلك صعوبات مطبعية نشأت عن الحرب الكبرى ، ولم تُزل الآ من زمن يسير ، جعلت إصدار الكتاب بالتحسينات التى رغبت فى ادخالها عليه متعذراً .

وقد تمحّت كل فصل من فصول الكتاب تنقيحاً دقيقاً وأضفت اليه فصولاً جديدة حتى بلغ حجمه ضعفى حجمه السابق . وكذلك قد تضاعف عدد ضوره . وقد أضفت رسوماً لآلات الولادة أعارتها شركة « داون » فحق على شكرها .

فأرجو أن يكون نفع الكتاب متناسباً مع ما بذلته من العناية وصرفته من الوقت فى تخضيره .

٢٥ ابريل سنة ١٩٢٢

نجيب محفوظ

﴿ كلمة الى المشتغلين بالولادة ﴾

ليس في فرع من فروع الطب ما تظهر فيه نتيجة العناية واضحة كما تظهر في صناعة التوليد . فالمولود المدقق في اتباع طرق التعقيم ، السائر حسب أصول مهنته ، يكافأ دائماً بنجاح أعماله نجاحاً يجعل الناس يقرون بسعة علمه وأهليته ويشعرون بفضل . ولكنها من الجهة الأخرى صناعة شاقة ليس في فروع الطب ما هو أكثر منها مسؤولية ولا أشد اقلاقاً للبال . ولما كانت الولادة تقاضى المرأة في أوقات لا يمكن تعيينها ، وتنبع في سيرها طرقاً شاذة ، كانت توجب على من يحترفها أن يوطن النفس على تضحية راحته في سبيل اغاثة مرضاه ، معتبراً أوقات راحته ملكاً لهم .

وهي فوق ذلك صناعة كثيرة المضللات تتطلب ممن يحترفها صبراً وثباتاً ومهارة ، واسراعاً في العمل ، وحضور ذهن حتى يستطيع أن يقابل كل حال بما يناسبها . وقد تضارب مصلحة الوالدة مع مصلحة الجنين تضارباً يتطلب من سعة الخيلة وحسن الرأي وأصوبية الحكم قدراً كبيراً .

أما مشكلاتها فليس لحلقها طريق سلطاني ، بل هناك طرق متضاربة تتغير حسب الظروف المحيطة بها . والمولود الفطن هو الذي لا يتحيز لطريقة دون أخرى بل يزن الأمور بميزان العقل ويختار من الطرق ما يراه أفضل لصالح الوالدة والجنين معاً . ويجب عليه أن يقوم بعمل ما يقع عليه اختياره قبل فوات الفرصة المناسبة ، فكثيراً ما كان التردد سبباً في الفشل وهلاك الأرواح .

ولما كان للخبرة الشخصية مكان كبير في اختيار أفضل الطرق ، وهو أمر ينقص الطبيب المبتدئ في عمله ، فقد حاولت أن ادون في هذا الكتاب ما تيقنت أفضليته بالاختبار مؤملاً أن يكون له مرشداً الى أن يحوز من الخبرة ما يؤهله لاتباع آرائه الشخصية .

ولا تقتصر واجبات الطيب المولّد على الأمور المادية بل هناك واجبات أدبية في علاقه مع مرضاه اسبى وأهم من واجباته العلمية . وقد أعار المولدون قديماً هذه الواجبات اهتماماً عظيماً . ولم تخل كتبهم من الارشادات القويمة . فمن ذلك ما كتبه قابلة وهي على سرير الموت توصى بها ابنتها التي خلقتها في صناعتها قالت :-

« كوني مجتهدة . لا تتعلمي عن البحث في كل ماترين فيه فائدة لفنك . واضبطي على الدرس الى آخر يوم من حياتك . اياك والكبر - لا تبخلي بعلمك على أحد ولا تكتمني عن غيرك من القابلات ما يصل اليه علمك ، والأفقدت احترامهن . وفوق كل شيء حاذري ولو قدّمت اليك كنوز العالم بأسرها أن تحترضي الاجهاض بلا مسوغ طبي والأ كنت منحة الأخلق . ساوي في علمك الفقيرات والموسرات بنفس الغناية والحنان . واذا طرأت مضاعفات في أثناء العمل فاياك والهلوع . فان الخوف يربك العقل ، فلا تدهشي ولا يذهب قلبك شعاعاً . واعلمي أن المرء اذا استجمع فكره وحصره فيما هو فاعل ولم يسمح للخوف أن يشتت لبه فانه يستطيع أن يقوم بما يعسر عليه من الأعمال . أعطى لنفسك متسعاً من الوقت للقيام بأعمالك ، واعلمي أن الطبيعة تساعد في الشفاء مساعدة باهرة في الوقت الذي نجد فيه أنفسنا مغلولات اليدين . وآخر نصيحة أقدمها لك . هي أن تتقني عملك ، ولا تراقبي فيه إلا الله فهو يباركك ويكمل أعمالك بالنجاح . »

وكتب ديونس في مقدمة كتابه « يجب على المولّد أن يكون مثال الأمانة ، وأن يراقب الله في كل أعماله ، وأن يكون دمث الأخلاق محباً للغير شديد الرأفة ، وأن يقنع بما يقدم له في مقابلة الأتعاب اذا كان معتدلاً . أما القابلات فضلاً عما ذكر يجب عليهن أن ينقطعن عن الرذائل الخاصة بجنسهن وبصناعتهم » .

* فهرست الفصول *

صفحة	
٩	الفصل الأول - المكروبات أو الجراثيم
٢٣	الفصل الثاني - تشريح الحوض
٤٤	الفصل الثالث - أعضاء التناسل الظاهرة
٥١	الأعضاء التناسلية الباطنة
٧١	فرش الحوض وعضلاته
٧٩	الفدة الثديية
٨١	الفصل الرابع - فسيولوجيا أعضاء التناسل
٨٧	الفصل الخامس - الفسيولوجيا العمومية للحمل
٩١	الفصل السادس - تكوين البويضة ونموّها
١١١	نمو الجنين
١٢٤	الفصل السابع - الحمل وظواهره
١٤٨	الفصل الثامن - الولادة وظواهرها
١٦٤	الفصل التاسع - تحضيرات الولادة
١٧١	الفصل العاشر - تشخيص الوضع والمجيء
١٨١	الفصل الحادى عشر - كيفية السير فى الولادات الطبيعية
٢١١	النفاس
٢١٧	الفصل الثانى عشر - أنواع المجيء
٢٧٣	الفصل الثالث عشر - الحمل التوأمى
٢٧٨	الفصل الرابع عشر - بعض أعراض الحمل
٣٠٤	الفصل الخامس عشر - التشوّهات الخلقية والأوضاع المرضية للرحم الحامل
٣١٣	الفصل السادس عشر - أمراض الساقط وأغشية البويضة
٣٢١	الفصل السابع عشر - الاجهاض

٢٤٢	صفحة
٢٥٤	الفصل الثامن عشر - الحمل خارج الرحم
٢٦٧	الفصل التاسع عشر - النزف قبل الولادة
٣٨٤	الفصل العشرون - مضاعفات الدور الثالث
	احتباس المشيمة - النزف بعد الولادة - انقلاب الرحم
	التجمعات الدموية للمهبل والفرج
٣٨٦	الفصل الحادى والعشرون - التغيرات غير الطبيعية التى تطرأ على
	القوة القاذفة
٣٩٦	الفصل الثانى والعشرون - الولادة العسرة
٤٠٨	الفصل الثالث والعشرون - ضيق الحوض
٤٣٢	الفصل الرابع والعشرون - الحصى النفاسية
٤٦٨	الجنون التناسلى
٤٧٠	تمزق الرحم
	الفصل الخامس والعشرون - مخويز الاجهاض والولادة المعجلة وتمديد
٤٧٦	العنق صناعياً
٤٨٥	جفت الولادة
٥١٤	التحويل
٥٢٣	موانع ولادة المعقدة
٥٢٦	الفصل السادس والعشرون - ثقب الجمجمة وتقطيع الجنين
٥٣٥	الفصل السابع والعشرون - العملية القيصرية
٥٤٥	قطع الارتفاق العانى
٥٤٧	قطع عظم العانة
٥٥١	سقوط الحبل السرى ومحيته
٥٥٥	الفصل الثامن والعشرون - الاعتناء بالمولود
٥٦٣	الفصل التاسع والعشرون - الطفل السليم
٥٩١	الفصل الثلاثون - الطفل العليل

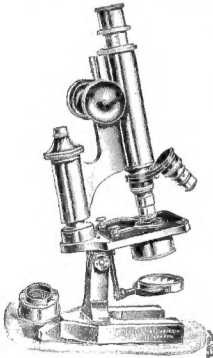
الفصل الأول

المكروبات أو الجراثيم

ان الدور المهم الذى تلعبه المكروبات فى أحداث الحمى النفسانية يضطرني الى تخصيص فصل للكلام عنها فاقول :

المكروبات هى أدنى أنواع الأحياء ، ومن النوع الفطرى فى المملكة النباتية . وهى كائنات صغيرة جداً لا ترى إلا بالمجهر (المكروسكوب) حتى انه لو وضع ألف منها جنباً الى جنب فى خط واحد لما زاد طول هذا الخط عن مليمتر واحد . وطريقة تولد المكروبات تكون عادة تميزتها .

فالواحدة تنقسم الى جزئين ومتى نما هذان ونضجا انقسما الى أربعة أجزاء وهكذا . ويتم هذا الانقسام بسرعة حتى ان الواحدة منها تبلغ تمام نموها وتنقسم فى أقل من نصف ساعة . وعلى ذلك فان المكروبة الواحدة قد تولد ملايين كثيرة فى أقل من أربع وعشرين ساعة .



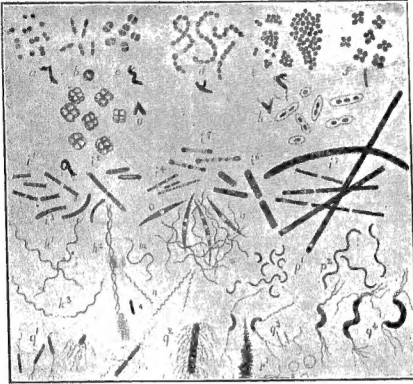
(شكل ١)

المجهر (المكروسكوب)

والمكروبات كالنباتات الأخرى تنقسم الى أنواع كثيرة تختلف فى شكلها وطبائعها . فالطبقة الصغرى من هذه المكروبات اكثرها وجوداً وأهمية . وتنقسم بحسب شكلها الى ثلاثة أقسام : (١) المكروبات الحلقية وهى كروية

الشكل وتسمى الكوكس (Coccus) ، و (٢) الباشيلس (Bacillus) وهى مكروبات خطية تختلف كثيراً فى السمك والطول ، و (٣) المكروبات

الخلزونية (Spirilla) . أما الطبقة العليا من هذه المكروبات فنادرة



(شكل ٢) الانواع المختلفة للمكروبات

- ١ - أشكال من المكروبات التي تنمو أربعة اربعة ٢ - ستافيلوكوك او المكروب المنقودي
- ٣ - سترپتوكوك - المكروب السبحى ٤ - جونتوكوك - ميكروب السيلان المزدوج
- ٥ - نيوموكوك - مكروب الالتهاب الرئوى ٦ - أشكال من المكروبات الحلقية
- (Coccus) ٧ - مكروبات حلقية داخل غلاف ٨ - سارسينا ٩ - باشلس -
- مكروبات خيطية ١٠ - مكروب الزهرى سپيروكيثا باليدا

الوجود وهى تنمو ملتصقة الأطراف مكونة خيوط طويلة . وبعض أنواع الباشلس والمكروبات الخلزونية تخرج منها زوائد شعرية تمكنها من التحرك فى السوائل التى تعيش فيها . ومتى نفذ طعامها أو متى جفت السوائل التى تكون المكروبات عائشة فيها استحال بعضها الى بذور (Spores) ذات مقدرة كبرى على مقاومة أشد العوارض . وتبقى على هذه الحالة الى أن تتوفر لها وسائل النمو فتعود الى حالتها الأصلية .

فيتضح إذن مما تقدم ان كل واحدة من المكروبات ليست الآ خلية

نباتية صغيرة الحجم ولكنها متى اجتمعت بالآلاف والملايين ظهرت كتلتها للأعين المجردة . فليست نقطة الصديد الأ ملايين كثيرة منها عائمة في سائل . وما الرغوة أو الزبد الذى يطفو على وجه المرق الفاسد أو البول الآسن الاًكتلاً من المكروبات . والمكروبات توجد في كثير من الأشياء كالتراب والطين والماء وفي المواد النباتية والحيوانية الآخذة في الانحلال والتعفن . وجلد الانسان وفه وأماؤه تحتوى على عدد لا يحصى من المكروبات وكذلك هواء الحجرات والمدن مملوء بها ولا يكاد يخلو منها مكان تقريباً . والهباء الذى يرى ساجماً في الهواء يحتوى على عدد لا يحصى من المكروبات . وليست كل هذه المكروبات ضارة بل منها ما هو نافع ومنها ما وجوده ضرورى للحياة . وأعظم وظيفة لها في الحياة هي أنها تسبب انحلال المواد الميتة حيوانية أو نباتية الى أجزاء بسيطة تمكن النباتات والحيوانات من الانتفاع بها للتغذية . والمثل على ذلك الأسبغة الحيوانية فانها اذا كانت جديدة لا تفيد النبات في شيء ولكنها متى تعفنت بتأثير المكروبات وأنحلت الى أصولها البسيطة يسهل على جذور النبات امتصاصها والانتفاع بها . ومن هذا يتضح ان وجود المكروبات ضرورى جداً لحفظ حياة النباتات والحيوانات .

ولمعرفة طبائع المكروبات يضطر البكتريولوجيون الى استنباطها في أنابيب مخصوصة توضع في أفران مخصوصة تحفظها في حرارة معتدلة مثل حرارة الجسم الطبيعية . وتغلب هذه الأنابيب بمواد مختلفة لتغذى بها المكروبات . وأهمها المرق والجلاتين والدم . ويمكن أن تتغذى أيضاً بالبطاطس وعجينة الخبز وغيرها . وهذه المكروبات تفرز في أثناء نموها مواد سامة قد تسميتها بـ *توكسين* لو سدت الأنبوبة المحتوية على المكروبات يقف نموها وتموت كما

يحدث للإنسان لو حبس في مكان صغير لا ينفذ إليه الهواء . وهذه السموم (Toxins) هي التي تسمم الجسم في الأمراض الميكروبية ، وفي الأحوال التي يتغذى فيها المرء على مأكولات تطرق إليها التعفن والتخمر — وكذلك التعفن والتخمر من نتائج فعل الميكروبات .

ومتى درسنا كيفية حصول هاتين الظاهرتين أمكننا أن ندرك بقية الظواهر الميكروبية . فأول شيء نلاحظه هو أن التعفن والتخمر لا يتمان إلا بوجود الرطوبة . فالدقيق مثلاً إذا كان جافاً أمكن حفظه إلى ما لا نهاية له من الزمن ، ولكن إذا تبلل اختمر سريعاً . وكذلك اللحوم إذا قُذِّدت أي جُفِّفت فلا تفسد ، كما يحصل في سمك البكالا . ولكنها إذا لم تقدد تتعفن سريعاً . والحرارة المعتدلة لازمة أيضاً لحصول التعفن والتخمر فإن كثيراً من المواد يمكن حفظها في الثلج زمناً طويلاً بدون أن يتطرق إليها الفساد كاللحوم التي تجلب من استراليا .

ودرجة الحرارة الموافقة لنمو الميكروبات هي حرارة الجسم الطبيعية . بدليل أن المأكولات مثلاً يصعب حفظها من التعفن في الصيف عند ما تبلغ الحرارة ٣٥° سنتجراد إلى ٤٠° . ولكنها في الشتاء عند ما تنخفض الحرارة عن ١٥° سنتجراد مثلاً لا تتخمر بالسهولة التي تتخمر بها صيفاً . والنور الساطع يضعف نمو الميكروبات . وكذلك الهواء الطلق لأنه يساعد على جفاف السوائل التي تكون عائشة فيها . وكذلك أشعة الشمس الحارة توقف نمو الميكروبات وإذا اشتدت وطال تأثيرها فقد تميتهن . ومن هذا يتضح أن الأماكن الرطبة الدافئة التي لا تصل إليها أشعة الشمس ولا يتخللها الهواء هي أفضل البيئات لنمو الميكروبات .

ومن الأمثال التي نشاهدها يومياً عن فعل المكروبات تختل اللبن الحامض المعروف باللبن الزبادى . فان الخميرة التي توضع فيه تحتوى على عدد كبير من باشلس حمض اللبنيك وهو الذى يحل اللاكتوز (السكر اللبنى) الموجود فى اللبن الى حمض لبنيك ويسبب حموضته . والحموضة بالتالى تسبب تحثره (تجمده) . وكذلك نلاحظ انه اذا راب اللبن الحليب فى إناء فكل لبن يوضع فيه يروب أيضاً إلا اذا نظف الاناء جيداً من آثار اللبن الرائب وغلى فى الماء مدة كافية لإماته المكروبات التي تسبب روبانه . ونلاحظ أيضاً ان المأكولات المحفوظة فى العلب المحكمة السد كالسردين واللسان واللبن المركز وخلصه اللحم والفواكه تبقى على حالتها زماناً طويلاً جداً ان عُقمت جيداً أثناء تحضيرها ووضعت فى آنية معقمة ، بخلاف المواد المحفوظة التي لم تعقم تماماً فانه يتطرق اليها الفساد . واذا تلفت اللحوم افرزت المكروبات التي تتلفها سموماً تسمى بتوماين . ومتى أكلت اللحوم التالفة أحدثت اعراض تسمم شديدة شبيهة بأعراض الحى النفاسية التي تسبب عن تعفن قطع من المشيمة . فان البتوماين الذى تفرزه المكروبات يمتص فى الدم ويسبب أعراضاً شديدة كثيراً ما تنتهى بالوفاة .

التعقيم - ان تعقيم المواد بنقلها هو الطريقة التي تستعمل فى الطب لتعقيم الآلات ونحوها . ولكن ليست الحرارة هى الوسيلة الوحيدة لذلك بل ان المواد المضادة للعفونة مثل حمض الفنيك والليزول والسليمانى تفعل ذلك الفعل أيضاً . ويوجد من مضادات العفونة ما هو ضعيف التأثير مثل حمض البوريك واخلل بهذه المطهرات تضاف أحياناً الى بعض المأكولات لحفظها من الفساد . فالخل يستعمل لحفظ المخللات وحمض البوريك يضاف على اللبن أحياناً ولكن استعماله يضر باللبن ويجعله عسر الهضم .

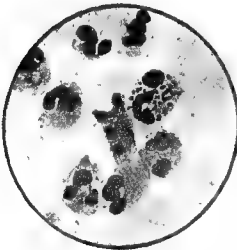
أنواع المكروبات - تنقسم المكروبات الى قسمين رئيسيين : قسم لا يمكنه أن يعيش إلا على المواد الميتة ويسمى (سaproفيت) أو مكروب التعفن وقسم يقدر أن يعيش على المواد الحية والميتة جميعاً، ويسمى المكروب المرضى أى المولد للأمراض، ومنه مكروبات التقيح . أما مكروبات التعفن فوإن كانت فى حالتها الطبيعية لا تستطيع أن تدخل الدم وتعيش على الأنسجة الحية مثل مكروبات التقيح، ولكنها تفرز سموماً قوية التأثير تمتص فى الدم وتسبب أمراضاً شديدة مثل حمى النفاس المسماة حمى الامتصاص العفن . ومن السaproفيت نوع خلق الشكل يسبب تحلل البول وتعفنه بحيث يصير رائحته كريهة جداً . وإذا انتقلت ذرة صغيرة منه على قشرة الى مثانة سليمة تعفن بولها وأحدث التهاباً مثانياً حاداً . ويوجد أيضاً فى الامعاء الغلاظ باشيلس من السaproفيت يسمى الباشيلس القاوونى لا يسبب وجوده أى ضرر فى الحالة الطبيعية ولكنه لو تلوثت به المثانة أو الرحم بعد الولادة تحول الى النوع الثانى المولد للأمراض وسبب أمراضاً كثيرة ، وإذا وصل الى البريتون سبب التهاباً پريتونياً عفنًا .

أما المكروبات المولدة للأمراض فمنها مكروب التدرن وهو الذى يسبب السل الرئوى والتدرن المعوى وتدرن العظام والعقد الدرنية فى العنق والابط وغير ذلك . ومنها أيضاً مكروب الحصى التيفودية والسيلان والالتهاب الرئوى والطاعون والكوليرا ومكروبات التقيح على أنواعها . وسأشرح الآن بالاختصار أهم المكروبات التى تسبب الحصى التنفسية :

أهم هذه المكروبات المكروب السبحى (الاسترپتوكوك) والمكروب المنقودى (ستافيلوكوك) ومكروب السيلان (جونوكوك) . وقد يحدث أيضاً أن تسبب هذه الحصى من مكروب التهاب الرئوى (نيوموكوك) .

أما المكروب السبجي (الاستريبتوكوك) فتنمو الواحدة منه بجانب الأخرى على شكل الخطوط . ولكونها حلقية فإن نموها بهذه الكيفية يجعلها في شكل السُّبَحَات . وهذه المكروبات على أنواع فمنها ما يسبب الحمرة ومنها ما يسبب خراجات المفاصل والعظام والالتهاب الپريتوني والتسمم الدموى الحاد والتسمم الدموى التقيحى . والمكروب السبجي أقوى مكروبات التقيح وأخشبها ويلة في الأهمية المكروب العنقودى وهو ينمو في كتل صغيرة لها شكل العناقيد ويسبب عادة الخراجات الموضعية والتقيحات الجلدية والدامل السطحية والخراجات الفائرة . وإذا وصل الى الدم سبب نوعاً من التسمم الدموى التقيحى الحاد . وهو في الغالب أقل خطراً من المكروب السبجي .

أما مكروب السيلان فيختلف كثيراً في شكله عن سابقه لأنه ينمو أزواجاً ولذا يسمونه ديبلوكوك وينمو عادة داخل خلايا النسيج الذى يصيبه كما ترى في (شكل ٣) . وإذا وصل هذا المكروب الى المهبل كما يحصل اذا كان



(شكل ٣) مكروب السيلان

الزوج مصاباً بالسيلان مثلاً فإنه يسبب التهاباً سيلانياً . وإذا كانت المصابة حاملاً ولم تشف منه قبل الوضع فإنه يصل الى عين الجنين عند ولادته ويسبب نوعاً خبيثاً جداً من الرمد الصديدى كثيراً ما ينتهى بالعمى . وقد يكمن هذا المكروب عند المصابات بالسيلان في غدد عنق الرحم وفي الغدد الموجودة حول الفرج فبعد أن يظن أن المريضة شفيت منه بحسب الظاهر يخرج من

يشاهد داخل احدى الكرات البيضاء عدد من ديبلوكوك السيلان مكبر ٩٠٠ مرة . وهو يوضح كيف ينمو هذا المكروب الحلقى المزدوج داخل الخلايا البيضاء .

مخبطه مرة بعد أخرى ويصيبها هي وزوجها بالسيلان . وقد يصل أيضاً الى البوقين فيسبب التهاباً بوقياً ينتهي غالباً بانسداد البوقين الذى يسبب العقم . وقد تسقط بعض نقط الصديد من البوقين المصابين الى البريتون فيسبب التهاباً بريتونياً يكون فى الغالب موضعياً فقط .

ولنبحث الآن فى الكيفية التى بها تؤثر المكروبات على الأنسجة التى تصيبها وننظر كيف تقابل الأنسجة هجوم المكروبات عليها وما هى التأثيرات التى تحدثها هذه المكروبات .

أما الكيفية التى تؤثر بها المكروبات على الأنسجة المصابة فتختلف بحسب درجة خبث المكروب وبحسب كمية المكروبات . أما درجة خبث المكروبات فقد تختلف فى المكروب الواحد . فالمكروب الحلقى السبحى (الاستربتوكوك) الذى يوجد فى حالة التهاب بريتونى حاد أو فى حالة حمرة مثلاً هو أخبث من المكروب الذى يوجد فى حالة خراج مزمن لأنه فى الحالة الثانية تكون المكروبات قد ضعفت من فعل السموم التى تفرزها ومن المقاومة التى تصادفها من المكروبات الأخرى التى تختلط بها .

أما كمية المكروبات فأمرهم جداً ، لأنه يجوز أن يقاوم الجسم عدداً صغيراً من المكروبات ويقتلها ولكنه قد لا يقوى على مقاومة عدد كبير منها . وغير هذين العاملين ، أى خبث المكروب والكمية التى دخلت الى الجسم ، يوجد عامل آخر له تأثير كبير وهو قوة مقاومة الجسم أى قوته الدفاعية . وهذه القوة الدفاعية إما موضعية وإما عمومية . فالمقاومة العمومية للجسم ناشئة عن مقدرة الخلايا الحية والسوائل على مكافحة المكروبات . وخلايا الدم البيضاء هى صاحبة الدور الأكبر فى هذا الكفاح . والمثل على ذلك أنه اذا جرح الجسم ودخل عدد من المكروبات من فتحة الجرح تهرع الكريات البيضاء

الى الجهة المصابة وتقوم هى وخلايا الجسم بمقاومة المكروبات حتى تقتلها وتتغذى بها . فاذا كان عدد المكروبات كبيراً كان الطلب على الخلايا البيضاء كبيراً فيزيد بذلك مقدار الدم الذى يرد على الجزء المصاب فيحمر ويتورم ويؤلم وترتفع حرارته . ويعبر عن هذه الحالة بالالتهاب الموضعى . وهو عمل دفاعى الغرض منه حصر الاصابة فى الجزء المصاب واقامة حاجز من الخلايا البيضاء يحول دون بلوغ المكروبات الى الدورة العامة أو تعديها الى الأجزاء التى لم تصب . وفى الأحوال التى ينبجح فيها هذا الدفاع تلتف الكريات البيضاء حول المكروبات وتميتها ثم تلتهمها . وهذا هو السبب فى تسمية هذه الخلايا بالخلايا الأكلة (Phagocytes) . فاذا كان الكفاح بين الخلايا البيضاء وبين المكروبات شديداً فقد يموت عدد كبير من الخلايا البيضاء فيتكوّن منها ومن السوائل التى ترتشح من الجزء الملتهب ومن المكروبات مادة بيضاء هى الصديد . فان كان الكفاح سطحياً فالقيح يكون سطحياً وان كان غائراً فينشأ عن ذلك خراج . فيتضح لنا من ذلك أنه اذا جرح أصبع مثلاً ودخلت المكروبات فى الجرح ينشأ عن ذلك التهاب موضعى قد ينتهى بتقيح سطحى أو بتكون خراج . هذا فى الأحوال التى تنجح فيها المقاومة ولكن قد يحصل أن يكون المكروب شديداً الخبث أو يكون العدد المهاجم كبيراً جداً لا تقوى على مقاومته الأنسجة المصابة ولا الخلايا البيضاء فى هذه الحالة تحترق المكروبات الحاجز المكوّن من الخلايا البيضاء وتصيب الذراع ، فإما أن تصل الى الدم وإما أن تقف فى سيرها بمقاومة الغدد الدفاعية التى فى الإبط والتى هى خط الدفاع الثانى للجسم . وفى هذه الحالة قد يشتد النضال فيموت عدد وافر من الكريات البيضاء ويحصل خراج فى الغدد الدفاعية . أما اذا كانت مقاومة الجسم ضعيفة جداً أو كانت

المكروبات شديدة الخبث فقد لا تقف المكروبات لا في الأنسجة التي أصيبت أولاً ولا في الغدد اللعابية بل تصل الى الدم مباشرة ويحصل تسمم دموى عموى .

فاذا تفهمنا ما سبق يسهل علينا أن نفهم معنى المقاومة الموضعية والمقاومة العمومية . أما المقاومة العمومية فتتوقف على نشاط الدورة الدموية وقوة سوائل الجسم وخلاياه على مقاومة المكروبات . وهذه المقاومة تكون على أشدها في أصحاب الجسم وعلى أقلها فيمن أضعفتهم الأمراض أو المعيشة غير الصحية أو أدامان السكر وعند المصابين بالأنزفة وغيرها مما ينهك القوى . وفي بعض الأشخاص تكون مقاومة الجسم لبعض أنواع المكروبات عظيمة جداً . وهذا ما يسمى بالحصانة أو المناعة . فان الذين يصابون بالجدرى أو التيفوس مرةً يتندر جداً أن يصابوا به مرةً أخرى . وهذه الحصانة ناشئة عن تولد مواد في الدم تضعف أو تزيل تأثير سموم هذه المكروبات . وقد حدا ذلك الى محاولة احداث حصانة في الجسم ضد أنواع خاصة من المكروبات بحقن المريض بعدد من المكروبات الخلية أو الميتة ثم زيادة هذا العدد تدريجياً حتى يقوى الجسم على مقاومة عدد كبير جداً منها بمرور الوقت ، كما يحصل عند الذين يعتادون تعاطي المورفين ، فانه بعد مضي زمن قد يتعاطون في المرة الواحدة بدون ضرر مقداراً يمت الذين لم يتعودوا تعاطيه .

هذه هي المقاومة العمومية . أما المقاومة الموضعية فيقصد بها مقدرة أنسجة الجسم المختلفة على مقاومة العدوى ، فقد يكون جزء من الجسم مصاباً بمرض يجعله اكثر تعرضاً للعدوى من سائر الأجزاء . فاذا فرضنا مثلاً ان الدورة الدموية في أحد الأطراف السفلى كانت بطيئة لانسداد الأوردة أو لاصابتها بالدوالي أى زوال مرونة الأوردة ، فانها تكون اكثر قابلية للعدوى

من الجهة السليمة . وأقرب مثل لذلك ان أنسجة الوالدة التي تنمر ولادتها وتقتضى استعمال الآلات تكون اكثر تعرضاً للمدوى من التي تكون ولادتها طبيعية .

وقبل أن نختتم الكلام في هذا الموضوع سنشرح باختصار الطريقة المتبعة في معالجة الأمراض المكروبية بواسطة تقوية الجسم على المقاومة لنوع خاص من المكروب : الطريقة الأولى أن يحقن عدد صغير من مكروبات المرض تكون قد أضعفت أولاً إما بانماؤها على درجة حرارة غير موافقة لنموها أو باضافة مطهرات ضعيفة الى الوسط الذي تنبت فيه . والطريقة الثانية هي أن يحقن الجسم بعدد صغير من المكروبات في حالتها الطبيعية ، انما يلاحظ أن تكون الكمية المحقونة صغيرة بحيث لا تحدث ضرراً ما . والطريقة الثالثة أن يحقن الجسم بمكروبات ميتة . والرابعة أن تحقن بالسوائل التي تحتوى على سموم المكروبات وليس بالمكروبات نفسها . وفي كل هذه الأحوال يراعى أن يبدأ الحقن بكميات صغيرة تزداد تدريجياً حتى يقوى الجسم على احتمال مقادير كبيرة منها .

ومن أمثلة هذه الطرق التطعيم بالمادة الجدرية ، فان مكروب الجدرى اذا أصاب البقر أحدث مرضاً شبيهاً بالجدرى . واذا أخذ صديد بثرات البقر المصاب وطُعم به الانسان أحدث عنده حصانة أو مناعة ضد الجدرى تبقى زمناً طويلاً ثم تأخذ في الزوال . والمصابون بداء الكلب يحقنون بعد الإصابة بمقادير صغيرة من نفس مكروب الكلب تزداد تدريجياً حتى اذا تمت مدة الحصانة (أى المدة بين عض الكلب للمصاب وبين ظهور الاعراض) يكون الجسم قد اعتاد على المكروب فلا تظهر اعراض المرض . وجميع هذه الطرق تقليد لما يحصل في الجسم طبيعياً عند اصابته بمرض معد ، فانه عند

دخول ميكروبات هذه الأمراض الى المصاب يأخذ الجسم في اعداد ما يسمى بالأجسام المضادة (Antibodies) ، ومتى تكوّن عدد كبير منها في الدم تستطيع ان تقضى على الميكروبات الموجودة فتميتها ويشفى المريض (وهذه الأجسام المضادة لم يمكن فصلها من الدم حتى الآن . ولكننا نستدل على وجودها فيه من العمل الذى تقوم به) .

واكبر فوائد هذه الطرق فى ما يختص بالولادة هو فى معالجة الحصى النفاسية ، فان احدى الطرق المتبعة فى علاجها هى ان نكتشف سبب الحصى بفحص الافرازات التى توجد فى تجويف الرحم أو بفحص الدم للاستدلال على نوع الميكروب المسبب لها . ثم يستنبت هذا الميكروب فى أنابيب ، ثم تقتل هذه الميكروبات بتسخينها الى درجة حرارة معلومة (٦٠°س) لمدة ساعة ، ثم تعلق فى محلول الفينيك المحضر بنسبة ١ فى ٤٠٠ . وتوضع فى أنابيب تسع كل منها جراماً أو أكثر من السائل الذى يحتوى على عدد معين من الميكروبات الميتة مثل مليون أو عشرة ملايين أو أكثر أو أقل . ويسمى هذا السائل لقاحاً (Vaccine) . وفى بعض الأحوال الحادة التى يخشى فيها أن يستعصى المرض قبل ان ينجز اللقاح المحضر بهذه الطريقة البطيئة التى تستغرق بضعة أيام ، قد يستعاض بلقاح جاهز من نوع الميكروب الذى حصت به الإصابة . ويباع فى الصيدليات أنابيب تحتوى على لقاح الميكروب العنقودى أو السبحى ، وهى تشتمل على مقادير متفاوتة منها يمكن استعمالها بالطريقة التى ستذكر عند الكلام على الحصى النفاسية . وفائدة اللقاح هو أنه يولد فى الدم مواد تقتل الميكروب او تفسد سمومه . وهى التى سميناهم بالأجسام المضادة وكذلك يقوى مقدرة الكرات البيضاء على التهام الميكروبات . وهناك طريقة أخرى للعلاج وهى الحقن بالمصل .

ولكى نفهم كيفية تأثير المصل سنشرح طريقة تحضير نوعين منه لنعلم الفرق بينهما . فأولهما وهو مصل الدفتيريا يحضر بأن يحقن حصان بالسموم التى تنشأ من مكروب الدفتيريا وليس بالمكروب نفسه . يبدأ بمقدار صغير منها ثم يزداد بالتدريج حتى يستطيع الحصان ان يحتمل بلا ضرر مقداراً منها يكفى ان يقتل حصاناً آخر . وبعد الاستمرار على زيادة مقدار السموم المحقونة بضعة شهور يحتوى دم هذا الحصان على عدد هائل من الأجسام المضادة لسموم مكروب الدفتيريا . ومتى تأكدنا من ذلك يفتح أحد أوردة هذا الحصان مع ملاحظة أدق طرق التطهير ثم يجمع الدم الذى يتزف منه . ومتى تختل الدم يفصل المصل عنه ويحفظ فى أنابيب زجاجية تقفل اقفالاً محكمة وتستعمل عند الحاجة .

وقد وجدوا أنهم لو حقنوا حيواناً بمقدار معين من سموم مكروب الدفتيريا لمات . ولكنهم اذا أضافوا لهذه السموم مقداراً معيناً من مصل الدفتيريا المخضر كما ذكرنا فلا يصاب الحيوان بأعراض مضرّة . وهذا يثبت وجود الأجسام المضادة للدفتيريا فى هذا المصل ويثبت أيضاً انها تبطل اضرار سموم الدفتيريا . وكذلك وجدوا أنه اذا حقن حيوان بهذا المصل استطاع ان يتحمل بلا ضرر مقداراً من السموم يكفى ان يميت مائة حيوان لم تحقن به . وكذلك اذا أصيب شخص بالدفتيريا فانه يشفى بحقنه بالمصل المضاد لها اذا حقن المقدار الكافى منه فى الوقت المناسب . وهذا المصل يسمى بالمصل المضاد للسموم (Antitoxic Serum) .

أما المصل المضاد للاستربتوكوك (المكروب السبحى) وهو المستعمل غالباً فى حمى النفاس فيختلف كثيراً عن مصل الدفتيريا فانه يقوى مقاومة الجسم لهذه المكروبات لاحتوائه على الأجسام المضادة للمكروب وطريقة

تحضيره تختلف عن الطريقة السابقة في ان الحصان الذى يستعمل لهذا الغرض يحقن بالمكروب نفسه وليس بسمومه وينتخب عادة من المكروبات السبحية أخبثها نوعاً . ويحقن الحصان بعدد صغير منها ويزاد بالتدريج حتى يقوى الحصان على أن تحقن أوردته بعدد هائل من أخبث المكروبات السبحية بدون أن يحصل تسمم فى الدم . وذلك لأن دمه يكون محتوياً على عدد عظيم جداً من الأجسام المضادة للمكروب (Antibodies) وطريقة جمع المصل من الحصان الحصين هى كتحضير المصل المضاد للدفتيريا . ولكن تأثيره العلاجى أقل بكثير من تأثير مصل الدفتيريا . وذلك لأن الحى النفاسية تسبب فى كثير من الأحوال من أنواع مختلفة من المكروبات .



فصل ثانى

تشریح الحوض

الحوض حزام عظمى موضوع أسفل العمود الفقرى وحامل له . ويرتكز على الأطراف السفلى . وأهمية تشريحه للمولّد هي ان أغلب أحوال الولادة العسرة سببها إما تشوّه شكل الحوض ، أو عدم تناسب حجمه لحجم رأس الجنين . ويتركب الحوض عند البالغ من أربعة عظام : — العظامان اللذان لا اسم لهما من الجانبين والامام ، والعجز والمصعص من الوراء .

العظم الذى لا اسم له — سُمى هذا العظم بهذا الاسم لعدم مشابهته لشيء معروف . وهو عظم مزدوج موضوع فى الجهة الجانبية والمقدمة للحوض ويتكوّن عند صفار السن من ثلاث قطع يتحد بعضها مع بعض عند البلوغ . وهذه القطع هي الحرقفة ، والورك ، والمائة .

الحرقفة — أما الحرقفة فيتميز لها وجهان ، ظاهر ، وباطن . وعرف . وحافتان — مقدمة ، وخلفية .

الوجه الظاهر — الجزء الخلفى لهذا الوجه متجه الى الخلف والأسفل والوحشية ، والجزء المقدم متجه الى الامام والأسفل والوحشية . وهذا الوجه أملس محدّب من الامام ، شديد التقعر من خلف ، محدود من فوق بالعرف الحرقفى ، ومن تحت بالحافة العليا للحفرة الحقيّة ، ومن الامام والوراء بالحافة المقدمّة والخلفية لعظم الحرقفة . ويمرّ على هذا الوجه بأجناء ثلاثة خطوط كل خط منها نصف دائرى وهى الخط المنحنى العلوى ، والمتوسط ، والسفلى . فالخط العلوى أقصر الثلاثة وينشأ من العرف الحرقفى على مسافة خمسة سنتيمترات من طرفه الخلفى ، ويتجه الى الأسفل والوحشية وينتهى فى الجزء العلوى للشرم

العظيم الوركي . ويوجد خلف هذا الخط سطح ضيق نصف هلالى جزؤ
المولوى خشن معد لاندغام جزء من العضلة العظيمة الالية . أما جزؤ
السفلى فأملس ولا تندغم عليه عضلات . أما الخط المنحنى المتوسط فهو
أكبر الثلاثة وينشأ من العرف على مسافة ثلاثة سنتيمترات خلف طرفه
المقدم ، ثم يتجه بانحناء الى خلفه وأسفله وينتهى فى الجزء المولوى للشرى
العظيم الوركى .

والمسافة التى بين الخطين المولوى والمتوسط وبين العرف مقعرة ومعدّة
لاندغام العضلة المتوسطة الالية . ويشاهد غالباً فى وسط هذا الخط ثقب
معد لمرور الأوعية المغذية للعظم . أما الخط المنحنى السفلى فأقل الثلاثة
وضوحاً . وينشأ من الامام من الجزء المولوى للشوكة المقدمة السفلى ، ثم يتجه
بانحناء الى الأسفل واخلف لينتهى فى وسط الشرم العظيم الوركى . والمسافة
التى بين الخطين المنحنى السفلى والمتوسط مقعرة من أعلى لأسفل ، ومحدبة
من الامام الى الوراء ، وتندغم عليها العضلة الصغيرة الالية . وأسفل الخط
المنحنى السفلى سطح خشن يندغم عليه الوتر المنعطف للعضلة المستقيمة الفخذية .
الوتر الباطن — محدود من الأعلى بالعرف ومن الأسفل متصل بالوجه
الحوضى للعانة والورك ، حيث يوجد خط قليل الوضوح يدل على محل
الاتصال . ومن الامام والوراء محدود بالحافتين المقدمة والخلفية للحرقفة .
ويوجد فى جزئه المقدم سطح كبير مقعر أملس هو الحفرة الحرقفية التى
ترتكز عليها العضلة الحرقفية الباطنة . وفى هذا الوجه من الجهة السفلى ثقب
تصريف . وأسفل هذا السطح حافة ملساء هى الخط الحرقفى العائى ، أو
الخط الذى لا اسم له الذى يفصل الحفرة الحرقفية من جزء الوجه الباطن
للحرقفة الذى يدخل فى تركيب الحوض الحقيقى ، ويندغم عليه جزء من

وتسمى بالشوكة الحرقفية المقدمة العليا . ويوجد في أسفلها شرم يمر منه العصب الجلدى الظاهر . وفي أسفل الشرم توجد الشوكة المقدمة السفلى للحرقفة التى تتصل بالشفة العليا للحفرة الحقبة . وعلى الجهة الانسية للشوكة المقدمة السفلى يوجد ميزاب عريض قليل الغور تمر عليه العضلة الحرقفية وهذا الميزاب محدود من الجهة الانسية بارتفاع هو الارتفاع الحرقفى العالى الذى يدل على محل اتصال العانة بالحرقفة .

الحافة الخلفية - الحافة الخلفية للحرقفة أقصر من المقدمة . ومثلها يتميز لها شوكتان مفصولتان عن بعضهما بشرم ، هما الشوكة الخلفية العليا ، والشوكة الخلفية السفلى . وفي أسفل الشوكة السفلى يوجد شرم كبير هو الشرم الكبير الوركى .

الورك - الورك يكون الجزء الخلفى والسفلى للمعظم الذى لا اسم له وهو ينقسم الى قسم صلب سميك هو الجسم . والى حدة خشنة كبيرة هى التى يتركز عليها الجسم عند الجلوس وتسمى الحدة الوركية . والى جزء صاعد رقيق هو الفرع الصاعد للورك .

أما الجسم فثلاثى الشكل ويتميز له ثلاثة أوجه : ظاهر - وباطن - وخلفى . فالوجه الظاهر هو جزء الورك الذى يدخل فى تكوين الحفرة الحقبة . وهو أملس مقعر ويكون أكثر من خمسى الحفرة الحقبة وحافته الوحشية محدودة بشفة بارزة هى الحافة الوحشية للجسم التى يتصل بها الضروف اللبني للحفرة الحقبة . ويوجد أسفل الحفرة الحقبة بينها وبين الحدة الوركية ميزاب عميق يمرّ عليه وتر العضلة السادة الظاهرة . أما الوجه الباطن فأملس مقعر ويدخل فى تكوين الحد الجانبى لتجويف الحوض الحقيقى . وهذا الوجه مثقوب بثلاثة ثقوب كبيرة معدة لمرور الأوعية المغذية للمعظم ، ويندغم

عليه جزء من العضلة السادة الباطنة . أما الوجه الخلفى فرباعى الشكل عريض أملس . ويوجد فى جهته السفلى فى محل اتصاله بالحدبة الوركية ميزاب متصل بالميزاب الموجود على الوجه الظاهر ومعد لمرور وتر العضلة السادة الظاهرة .

وهذا الوجه محدود من الامام بحافة الحفرة الحقيّة ومن خلف بالحافة الخلفية . أما الحوافى فالظاهرة تكوّن الشفة البارزة للحفرة الحقيّة ، وتفصل الوجه الظاهر من الوجه الخلفى . والحافة الباطنة رقيقة وتكوّن الجزء الوحشى من محيط الثقب المسدود . أما الحافة الخلفية فيوجد فيها عند منتصفها تقريباً حدبة مثثة رقيقة مدببة ، هى الشوكة الوركية التى يتصل بها الرباط العجزى الوركى الصغير . وفى أعلى هذه الشوكة يوجد شرم عظيم ، هو الشرم العظيم الوركى الذى يتحوّل الى ثقب بالرباط الصغير الوركى . وفى أسفل الشوكة الوركية شرم صغير ، هو الشرم الصغير الوركى الذى يتحوّل الى ثقب بالأربطة الوركية العجزيّة .

الحدبة الوركية — يتميز لها ثلاثة أوجه : ظاهر — وباطن — وسفلى . فالوجه الظاهر رباعى الشكل خشن معد لاندغام جملة عضلات ، وهو محدود من الأعلى بالميزاب الذى يمر به وتر العضلة السادة الظاهرة . ومن الامام بالحافة الخلفية للثقب المسدود ، ومن الأسفل متصل بالفرع الصاعد للورك ، ومن وراء محدود بحافة بارزة تفصله عن الوجه السفلى . أما الوجه الباطن فيكوّن جزءاً من تجويف الحوض الحقيقى . أما الوجه السفلى فينقسم الى قسمين — مقدم خشن مثاث الشكل — وخلفى أملس رباعى الشكل . فالوجه المقدم ينقسم بخط بارز الى قسمين — الوحشى منهما معد لاندغام العضلة المقرّبة العظمى ، والأنسى للرباط العظيم الوركى . والوجه الخلفى ينقسم بخط منحرف الى قسمين أيضاً .

الفرع الصاعد للورك — هو الجزء الرقيق المفرطح للورك الذى يصعد الى الأعلى والأنسية ليتصل بالفرع النازل للعانة، ومحل الاتصال يتميز عند البالغ بخط خشن : والوجه الظاهر للفرع خشن وتندغم عليه العضلة السادة الظاهرة، والوجه الباطن يكون جزءا من الحوض الحقيقى . وحافته الأنسية خشنة وتكون جزءا من المضيق السفلى . والحافة الوحشية رقيقة حادة وتكون الحافة الأنسية للثقب المسدود .

العانة — عظم العانة يكون الجزء المقدم للعظم الذى لا اسم له . وبالتحاده مع عظم الجهة المقابلة يكون الحد المقدم للحوض الحقيقى . وينقسم الى جسم، وفرع أفقى، وفرع نازل .

الجسم — رباعى الشكل يتميز له وجهان وثلاث حواف . الوجه الظاهر خشن متجه الى الامام والوحشية ومعد لاندغام جملة عضلات والوجه الباطن محدب من أعلى لأسفل مقعر من جهة لأخرى، أملس، ويكون الجدار المقدم للحوض . أما الحافة العليا فيتميز لها حدبة بارزة هى الشوكة العانية وعليها يندغم رباط پوپارت . ويخرج من هذه الحدبة خط بارز يكون جزءا من الخط الحرقى العانى الذى باتجاهه الى الجهة الوحشية يفصل الحوض الحقيقى من الحوض الكاذب . وفى أنسى هذه الشوكة يوجد العرف العانى الذى يندغم عليه جملة عضلات . ومحل اتصال العرف بالحافة الأنسية للعظم يسمى بالزاوية العانية . أما الحافة الأنسية فهى الارتفاق العانى، وهى بيضية الشكل مقسومة بثمانية خطوط معدة لاتصال القطع الفضروفية فى الحالة الحديثة . أما الحافة الوحشية فخادة وتكون جزءا من الثقب المسدود . وبها يتصل الغشاء الساد .

الفرع الأفقى — يمتد هذا الفرع من الجسم الى نقطة اتصال العانة

بالحرقفة ، ويكون الجزء العلوى لمحيط الثقب المسدود . وسطحه العلوى متصل بالخط الحرقفى العائى ومحدود من الجهة الوحشية بمجدة خشنة هى الارتفاع الحرقفى العائى ، الذى يدل على محل اتصال عظم العانة بالحرقفة . والسطح السفلى يكون الحد العلوى للثقب المسدود . ويوجد به من الجهة الأنسية حافة حادة تكون جزءا من محيط الثقب المسدود ، وبها يتصل جزء من الغشاء الساد . والسطح الخلفى يكون جزءا من الحد المقدم للحوض الحقيقى . أما الحافة الوحشية للفرع الأفقى فى أسمك أجزائه وتكون خمس نجويف الحفرة الحقية .

الفرع النازل للعانة - رقيق ومفرطح ويتجه الى الأسفل والوحشية ليتحد بالفرع الصاعد للورك . سطحه المقدم خشن من اندغام العضلات عليه وسطحه الخلفى أملس . وحافته الأنسية سمكة خشنة يتميز لها حافتان ومسافة متوسطة . والحافة الوحشية رقيقة حادة وتكون جزءا من محيط الثقب المسدود ، وبها يتصل جزء من الغشاء الساد .

الحفرة الحقية - هى حفرة نصف كرية عميقة فنجائية الشكل مكونة من الجهة الأنسية بالعانة ، ومن الأعلى بالحرقفة ، ومن الأسفل والوراء بالورك . فالحرقفة تكون أقل من خمسيها بقليل ، والورك يكون أكثر من خمسيها بقليل ، والخمس الباقى تكونه العانة . ويوجد بهذه الحفرة من الجهة الأنسية انبعاج هو الانبعاج الحق .

الثقب الممرور - هو ثقب متسع بين العانة والورك يكون عند الرجال كبيرا بيضيا قطره الأكبر متجه بانحراف من أعلى لأسفل . وعند النساء يكون أصغر ومثلث الشكل . وهو محدود بحافة حادة رقيقة غير منتظمة يتصل بها غشاء قوى هو الغشاء الساد . ويوجد به من الجهة العليا الأنسية ميزاب عميق يتحول بالغشاء الساد الى ثقب لمرور الأوعية والأعصاب السادة .

العجز والعصص

يتألف العجز والمصمص في الصغر من تسع فقرات منفصلة عن بعضها . وعند البلوغ تتحد خمس من هذه الفقرات وتكوّن العجز . والأربع فقرات الأخيرة تتحد مع بعضها وتكوّن للمصمص . وفي أحوال نادرة يتركب المصمص من خمس فقرات .

* العجز *

عظم منفرد كبير مثلث الشكل موضوع تحت العمود الفقري في الجهة العليا والخلفية لتجويف الحوض . وهو ينفرز كسفين في ما بين الحرقفتين . وقاعدته وهي جزؤه العلوى تتصل بالفقرة الأخيرة القطنية ، وقته تتصل بالمصمص . والعجز منحنٍ على نفسه ، وموضوع بانحراف عظيم بحيث تصير قاعدته شديدة البروز الى الامام مكوّنة مع الفقرة الأخيرة القطنية زاوية بارزة جداً . تسمى الزاوية العجزية القطنية . أما جزؤه المتوسط فمتجه الى خلف لكي يسمح لتجويف الحوض بأن يكون أكثر اتساعاً . ويتميز للعجز وجهان : مقدم وخلفي ، وحافتان جانبيتان ، وقاعدة ، وقمة ، وقناة وسطية .

الوجه المقدم - مقرر من أعلى لأسفل وأقل تغييراً من جانب لآخر وفي وسطه يوجد أربعة خطوط أفقية هي محال اتصال الفقرات الخمس المكوّنة للعجز . والجزء العظمي المنحصر بين هذه الخطوط هو أجسام هذه الفقرات . وعلى جانبي هذه الخطوط يوجد صفّاً ثقب هي الثقوب العجزية المقدمة المعدّة لمرور الأعصاب العجزية المقدمة . وهذه الثقوب تأخذ في

الصغر من أعلى لأسفل . وفي وحشى هذه الثقوب توجد كتلة جانبية تتكوّن في الصغر من قطع منفصلة تتحد عند البلوغ بعضها مع بعض ومع بقايا التتوات المستعرضة الخلفية . وعلى هذا



السطح تندغم بعض الياف من العضلة الهرمية . وإذا قطع هذا العظم قطعاً أفقياً في وسطه نجد الفقرات متحدة اتحاداً عظيماً في محيطها والمسافة المتوسطة متسعة وممتلئة مواد مختلفة .

الوجه الخلفي - محدب وأضيق من

الوجه المقدم ويوجد فيه على الخط المتوسط أربعة بروزات منضمة بعضها الى بعض

(شكل ٥)

الوجه الباطن للعجز والمصمص

في الغالب ، وهي البقايا الأثرية للتتوات الشوكية لفقرات هذا العظم . وفي أسفل هذه البروزات ميزاب هو انتهاء القناة العجزية . وفي وحشى هذه التتوات ميزابان سطحيان هما امتداد الميزابين الفقريين . وفي وحشى هذين الميزابين صفّاً نتوات قليلة الوضوح هي البقايا الأثرية للتتوات المفصليّة . والتتوات الأخيرة يغلّب أن يكونا متحدّين وموضوعين على جانبي القناة العجزية ويسميان قرني العجز ، ويتصلان بقرني المصمص . وفي وحشى هذه التتوات المفصليّة يوجد صفّاً ثقبين هي الثقوب الأربعة العجزية الخلفية . وهي أصغر وأقل انتظاماً من الثقوب المقدمة ومعدة لمرور الأعصاب العجزية الخلفية . وفي وحشى هذه الثقوب صفّاً حديبات ، هي البقايا الأثرية للتتوات المستعرضة لفقرات هذا العظم .

السطح الجانبي - عريضان من أعلى ويستدقان من أعلى الى أسفل

حتى ينتهيا في طرفهما السفلى بحافة رقيقة . وهما مقطوعان بانحراف من أعلى لأسفل ومن الامام الى الوراء . وفي جزئهما العلوى من الامام سطح عريض شبيه بصيوان الاذن يتصل بشبيه له في عظم الحرقفة ، وهذا السطح يسمى بالسطح المفصلي . وهو مغطى في الحالة الحديثة بغضروف ليفى . ومحدود من الخلف بانبعاجات عميقة غير منتظمة تندغم عليها الأربطة المعجزية الحرقفية الخلفية . والنصف السفلى رقيق حاد يتصل به الرباطان المعجزيان الحرقفيان الكبير والصغير .

القاعدة — قاعدة المعجز عريضة ومتجهة الى الامام والى فوق وفي جزئها المتوسط سطح مفصلي كبير . يضى^١ شبيه بالسطح السفلى للفقرة الأخيرة القطنية ويتحد بواسطة قرص غضروفي ليفى . وهو محدود من خلف بثقب كبير مثلث الشكل ، هو بدء القناة المعجزية . وعلى جانبيه من الامام سطح مثلث يكون جزءا من الحوض ، ومن خلف ميزاب يكون مع الميزاب السفلى . للخامسة القطنية ثقب تصريف . وفي خلفه نتوء سطحه المفصلي متجه الى الوراء والانسية مشابه للسطوح المفصلية لل فقرات القطنية . والمعجز عند النساء أعرض وأكثر انحناء منه عند الرجال .

القمر — متجهة الى الأسفل والامام ويتميز لها سطح يضى^٢ مقعر صغير يتصل بالعصص

﴿ المصمص ﴾

يتكوّن المصمص غالباً من أربع فقرات أثرية ، ويندر أن يتركب من خمس . وفي قطعه الثلاث العليا قد يمكن تمييز البقايا الأثرية لأجسام الفقرات المكوّنة لها ، وتتواتر المستعرضة والمفصلية . ولكن القطعة الأخيرة

ليست الآدرنة عظمية لا يمكن تمييز جسمها ولا نتوآتها . وجميع القطع المكوّنة له معدومة الميازيب والتتوآت الشوكية ، وأيضاً ليس لها ثقب مرور الأعصاب ولا قناة وسطية . وا كبر هذه القطع القطعة الأولى وتشبه في شكلها الفقرة الأخيرة العجزية وكثيراً ما تكون منفصلة عن سائر القطع . والقطع الثلاثة الباقية تأخذ في الصغر من أعلى لأسفل . وهي في الغالب متحدة بعضها ببعض . والمصعص مثلث الشكل قاعدته الى الأعلى وقته الى الأسفل . والقاعدة تتصل بالعجز . ويتميز للمصعص وجهان مقدم — وخلفي ، وسطحان جانبيان ، وقّة ، وقاعدة . فالوجه المقدم مقعر قليلاً ، وفيه ثلاثة ميازيب مستعرضة هي محال اتصال الفقرات الأثرية . ويندغم فيه الرباط العجزى المصعصى المقدم ، والمضلة الرافعة الشرجية . والوجه الخلفي محدب وفيه ميازيب مستعرضة شبيهة بالميازيب التي على الوجه المقدم . ويوجد فيه على الجانبين صفّا درنات هي البقايا الأثرية للتتوآت المفصلية للفقرات المصعصية . والتتوآن العلويان كبيران ويسميان قرني المصعص وهما يتجهان الى الأعلى ويتحدان بقرني العجز مكوّنين لثقبين لمرور المصعص العجزى الخلفي الخامس . والسطحان الجانبيان رقيقان وعليهما درنات هي البقايا الأثرية للتتوآت المستعرضة . والعلويان منها كثيراً ما يتجهان الى الأعلى ، وباتصالهما بالخافتين الحادتين للسطحين الجانبيين للعجز ، يكوّنان ثقبين واحد منهما على كل جنب لمرور المصعص العجزى المقدم الخامس . ويندغم على السطحين الجانبيين للمصعص الأربطة العجزية الوركية والعظيمة الألية .

أما القاعدة فيبضية وتتصل بالعجز . والقمة مستديرة وتندغم عليها المضلة العاصرة الظاهرة ، وفي بعض الأحيان تنقسم القمة الى قسمين .

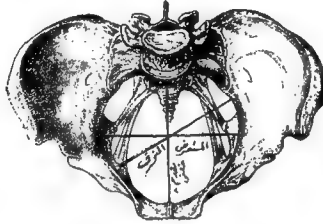
✽ الحوض على وجه العموم ✽

الحوض هو حزام عظمي موضوع تحت العمود الفقري وحامل له ومركز على الأطراف السفلى . وهو يتكوّن من أربعة عظام ، العظامان اللذان لا اسم لهما على الجانبين ، والعجز والعصم من خلف . والحوض ينقسم الى قسمين — حوض كاذب وحوض حقيقى — بمستوى يمر بالجزء الأكثر بروزاً من العجز ، وبالخطين الحرقفيين العائنين ، وبالحافة العليا للارتفاق العائى .

فالحوض الكاذب هو الجزء المتسع الذى فى أعلى هذا المستوى . وهو محدود من الجانبين بالحرقفتين . أما من الأمام فبين الشوكيتين الحرقفتين مسافة متسعة مملوءة فى الحالة الرخوة بجدر البطن . وهذا التجويف معد لحل الامعاء ، ولتحويل جزء من ثقلها الى جدر البطن . وهو فى الحقيقة جزء من تجويف البطن ، ولذلك فتسميته بالحوض الكاذب خطأ .

أما الحوض الحقيقى فهو الجزء من الحوض الواقع تحت المستوى المار ذكره . وهو أصغر من الحوض الكاذب ، ولكن جدره كاملة من كل جهة . ويتميز له مضيقان ، علوى — وسفلى ، وتجويف . فالمضيق العلوى هو المستوى المار ذكره . وهو كثير الشبه بشكل القلب . ويتميز له ثلاثة أقطار ، قطر مقدم خلفى يمر من النقطة الأكثر ارتفاعاً على الزاوية العجزية القطنية الى النقطة الأكثر بروزاً للبطن من الارتفاق العائى . وطوله ١١ سنتيمتراً . وقطر مستعرض يمر ما بين أبعد نقطة على الخط الحرقفى العائى من الجهة الواحدة الى أبعد نقطة على الخط المقابل له من الجهة الأخرى ، وطوله ١٣ سنتيمتراً . وقطر منحرف يمر من الارتفاع الحرقفى العائى من الجهة الواحدة الى الارتفاق الحرقفى العجزى للجهة الأخرى ، وطوله ١٢ سنتيمتراً .

ولكن وجود العضلتين الابوسواسيتين الحرقيتين يسبب ضيقاً قليلاً في القطر المستعرض. لكن اذا أمرت الولادة وقت مرور رأس الجنين بحفظ نخذيها في نصف اثناء متباعدين قليلاً فلا يحدث وجودهما ضيقاً محسوساً.

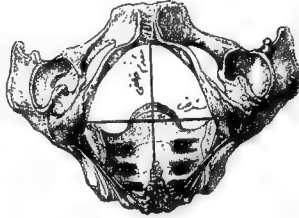


(شكل ٦) أقطار المضي العلوي الحوض

أما التجويف فمحدود من الأمام بالارتفاق العاني، ومن الخلف بتقعر العجز والمصعص اللذين بأنحنائهما من أعلى وأسفل يضيقان فتحتي الحوض. ومحدود من الجانبين بالوجه الباطن للورك والجزء من الحرقفة الذي في أسفل الخط الحرقفي العاني. وتجويف الحوض قصير من الأمام طوله عند الارتفاق ٣,٧٥ سنتيمتراً. وطويل من الخلف، طوله ١١,٥ سنتيمتراً. ويحتوي هذا التجويف في الحالة الرخوة على المستقيم، والمثانة، وجزء من أعضاء التناسل. فالمستقيم موضوع في الجهة الخلفية في تقعر العجز والمصعص، والمثانة في الجهة المقدمة، والرحم والمهبل في المسافة المتوسطة.

المضيق السفلي — شكله عديم الانتظام البتة ومحدود بثلاثة ارتفاعات بارزة، واحد خلفي وهو قبة المصعص، واثنان جانبيان وهما حذبتا الورك. وهذه الارتفاعات مفصولة بعضها عن بعض بثلاثة شروم. واحد في الأمام هو قوس العانة ويتكوّن من تقابل فروع الورك والعانة من الجهتين.

والشرمان الآخرين واحد منها على كل جنب . ويتكوّن كل منهما من العجز والمصمص من وراء ، والورك من الأمام ، والحرقة من فوق ويسميان



(شكل ٧) انقسام المضيق السفلي للحوض

الثقبين الوركين العجزيين . ويتحولان في الحالة الرخوة الى ثقبين بالأربطة العجزية الوركية . والمضيق السفلي معبى الشكل محدود من الأمام بالرباط تحت العانة وبفروع العانة والورك، ومن الجانبين بحدبتي الورك ، ومن خلف بالرباطين العظيمين العجزيين والحرقيين وبقمة المصمص . والمضيق السفلي قطران ، قطر مقدم خلفي يمتد من الجزء السفلي للارتفاق العاني الى قمة المصمص وطوله ٩ سنتيمترات . وقد يزيد الى ١١ سنتيمتراً عند اندفاع المصمص الى وراء وقت الولادة . وقطر مستعرض يمتد من الجزء الخلفي لإحدى حدبتي الورك الى الجزء المقابل له من الجهة الأخرى وطوله ١١ سنتيمتراً

قياسات الحوض منه الظاهر - للحوض بعض قياسات خارجية كبيرة الأهمية فضلاً عن القياسات الباطنة لأنه يمكن تقديرها بمنتهى السهولة مدة الحياة فتساعد كثيراً في تشخيص الأحوال الواضحة من ضيق الحوض وأهم هذه القياسات هي : -

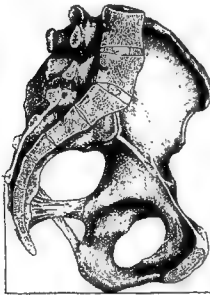
(١) المسافة بين الشوكتين المقدمتين العلويتين للحرقة وطولها

٢٥ سنتيمتراً وفي الحوض الطبيعي تكون دائماً أقصر من المسافة التي بين العرفين (٢) المسافة التي بين العرفين . وهي المسافة بين أبعد نقطتين من العرفين الحرقفين وطولها ٢٧,٥ سنتيمتراً .

(٣) القطر المقدم الخلفي الخارجى . ويقاس من التواء الشوكى للفقرة الأخيرة القطنية الى الحافة العليا للارتفاق العانى وطوله ٢٠ سنتيمتراً .
(٤) القطر المدورى المدورى وهو المسافة التي بين قتي المدورين العظمين لعظمى الفخذ وطوله ٣١ سنتيمتراً .

(٥) المسافة التي بين الشوكتين الخلفيتين العلويتين للحرقفة وطولها ١٠ سنتيمترات .

المستويات المائلة للحوض - ينقسم تجويف الحوض الحقيقي الى قطعتين مقدمة سفلى - وخلفية عليا . والخط الذى يقسمه الى هذين القسمين هو



(شكل ٨)

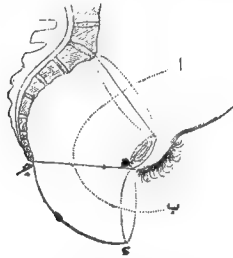
الجهة الجانبية لوجه الباطن للحوض . وهو يوضح المستويات المائلة ، والاربطة المعجزية الوركية - وأيضا الانحراف الطبيعى لوضع الحوض .

حافة قليلة الوضوح موجودة على السطح الباطن لعظم الحرقفة تمتد من الشوكة الوركية متجهة الى الأعلى والأمام وتنتهى فى الجزء العلوى للثقب المسدود . فكل أجزاء جدار الحوض التي تقع أمام هذا الخط تسمى بالمستويات المائلة للمقدمة للحوض ، لأنها تنحدر الى القوس العانى متجهة الى الأسفل والأمام .

أما أجزاء جدار الحوض الواقعة خلف هذه الحافة فتسمى بالمستويات المائلة الخلفية . وهي تنحدر الى الخلف والأسفل فى اتجاه

تغير العجز . ومعرفة هذه المستويات المائلة تساعد على فهم الدوران الداخلي للرأس في الدور الثاني للولادة .

وضع الحوض — في حالة الوقوف يكون الحوض موضوعاً بانحراف بالنسبة للجذع بحيث يكون المضيق العلوي مع الأرض الموقوف عليها زاوية قدرها ٦٠° إلى ٦٥° . والسطح الحوضي الارتفاق العاني يكون متجهاً الى الأعلى والوراء ، وتجويف العجز والعصص يكون متجهاً الى الأسفل والأمام وقاعدة العجز تكون أعلى من الحافة العليا للعانة بمشرة سنتيمترات ، وقمة العصص أعلى من الحافة السفلى بسنتيمتر ونصف تقريباً .



(شكل ٩)

محاور الحوض . وهو يبين أيضاً التمدد الذي يحصل للقناة الفرجية أثناء مرور الرأس .
حرفاً أ ب يشيران للمحور العام لتجويف الحوض والمسالك التناسلية من وقت مرور الرأس من المضيق العلوي الى وقت خروجها من الفرج ، وحرفاً ج د يشيران لمجان التمدد . وحرفاً هـ د للفرج المتمدد بالرأس .

وهذا الانحناء يكون أكثر ظهوراً عند الجنين . وهو أكثر في صغار السن منه في كبار . وينتج من انحناء الحوض بهذه الكيفية ان مركز ثقل الجسم يقع على رأسي عظمي الفخذ .

محاور الحوض — مستوى المضيق العلوي يوجد على خط يمتد من قاعدة

العجز الى الحافة العليا للارتفاق العانى. فاذا أقيم عمود على منتصف هذا الخط فان أحد طرفيه يمر بالسرة والطرف الآخر بمنتصف المصمص. وعلى ذلك فمحور المضيق العلوى يتجه الى الوراء والاسفل. وأما محور المضيق السفلى فاذا مَدَّ الى الاعلى فانه يمس قاعدة العجز. وعلى ذلك فهو متجه الى الاسفل والامام. اما محور التجويف فهو منحني مثله. وهذا الانحناء يوازى تقعر العجز والمصمص وطرفاه يمران بمنتصفي المضيقين العلوى والسفلى. ومعرفة محاور الحوض مهمة جداً للمولّد لأن الجنين يتبع الانحناء المشار اليه في مروره من الحوض.

الفرق بين موى الذكر والانثى — حوض المرأة أرق وأقل عمقاً وأكثر اتساعاً من حوض الرجل. وحفرتاه الحرقفتان أعرض وأكثر اتساعاً. والشوكات الحرقفية أكثر ابتعاداً بعضها عن بعض. والمضيق العلوى أكبر وشكله يكاد يكون مستديراً. والزاوية المعجزة القطنية أقل بروزاً للامام. وتجويف الحوض أقل عمقاً وأكثر اتساعاً. والعجز أقصر وأعرض. والثقبان المسدودان أصغر ومثلثا الشكل. والمضيق السفلى أكبر. والمصمص أسهل تحركاً. والحدبتان الوركيتان والحفرتان الحقيتان. أكثر ابتعاداً عن بعضهما. والقوس العانى أعرض وأكثر استدارة. وهذا مما يساعد على سهولة مرور رأس الجنين أثناء تخلصه من الحوض ويظهر أن حوض المرأة المتمدنة أكثر اتساعاً من حوض المرأة المتوحشة. وذلك لأن رأس جنين الأم المتمدنة أكبر من رأس جنين الأم المتوحشة فيتسع حوض المتمدنة نسبياً مع رأس الجنين.

مفاصل الحوض

الأربطة التي تربط عظام الحوض بعضها ببعض تنقسم الى أربعة أقسام : -

(١) الأربطة التي تربط العجز بالحرقفة . (٢) الأربطة

التي تصل العجز بالورك . (٣) الأربطة التي تصل

العجز بالمعصص . (٤) الأربطة التي تصل

العظمين العائنين الواحد بالآخر .

(١) الارتفاق العجزى الحرقفي

هو مفصل ارتفاقي يحصل من اجتماع السطحين الجانبين للعجز والحرقفة. والجزء المقدم لهذين السطحين هو الجزء المفصلي . وهو اذن الشكل ويتغطى بطبقة غضروفية رقيقة اسمك على العجز منها على الحرقفة . واسطح هذه الغضاريف تكون خشنة عند البالغ ، ومنفصلة بعضها عن بعض بمادة عجينية لينة صفراء . وعند الحوامل وصغار السن تكون هذه الاسطح ملساء ومغطاة بكيس زلاالى رقيق . اما الاربطة التي تصل هذين العظمين ببعضها فهي الرباط العجزى الحرقفى المقدم ، والخلفى . فالرباط المقدم يتألف من جملة الجمة رقيقة تصل الوجهين المقدمين ببعضها ببعض . اما الرباط الخلفى فقوى جداً وموضوع فى الحفرة العميقة التى بين العجز والحرقفة من الوراء . وعليه الممول فى اتصال هذين العظمين احدهما بالآخر ، ويتألف من جملة الياف قوية تصل بين العظمين وتسير فى اتجاهات مختلفة . من هذه الالجمة ثلاثة كبيرة الحجم ، العلويان منها يتجهان افقياً ، وينشآن من الحدبتين المستعرضتين الاولى والثانية اللتين على الوجه الخلفى للعجز ، ويندخمان على السطح الخشن الموجود فى الجزء الخلفى للوجه الباطن للحرقفة

اما اللجام الثالث فنحرف الاتجاه ويتصل احد طرفيه بالحدبة المستعرضة الثالثة التي على السطح الخلفى للعجز ، ويتصل الطرف الآخر بالشوكة الحرقفية الخلفية العليا ، ويسمى احيانا بالرباط العجزى الحرقفى المنحرف . ويستدل على محل الارتفاق العجزى الحرقفى بالشوكة الحرقفية الخلفية العليا لانها موجودة خلف منتصف الارتفاق مباشرة .



(٢) الأربطة التي تصل العجز بالورك

- ١ - الرباط العظيم الوركى « خلفى »
- ب - الرباط الصغير الوركى « مقدم »

الرباط العظيم الوركى - ويسمى أيضاً بالخلفى ، موضوع فى الجزء السفلى والخلفى للحوض . وهو رقيق مفرطح ومثلث الشكل ، وأضيق فى وسطه منه فى طرفيه . وقاعدته المريضة تتصل بالشوكة الخلفية السفلى للحرقفة وبالتنوء المستعرض الرابع والخامس للعجز ، وبالجزء السفلى للسطح الجانبي للعجز والمصمص . ثم يتجه بانحراف الى الأسفل والوحشية والامام ، ويصير ضيقاً وغلظاً فى منتصفه ، ولكنه يأخذ فى الاتساع ثانياً ، ويدغم على الحافة الانسية للحدبة الوركية . وتمتد منه استطالة تدغم على الحافة الانسية للفرع وتسمى بالرباط الكاذب .

والوجه المقدم لهذا الرباط ملتصق بالرباط الصغير الوركى . وحافته الوحشية تكوّن من الأعلى الحد الخلفى للشرم العظيم الوركى ، ومن الأسفل الحد السفلى للشرم الصغير الوركى .

الرباط الصغير الوركى - أو المقدم الوركى أقصر وأصغر من السابق . وهو رقيق مثلث الشكل ، قته تتصل بالشوكة الوركية ، وقاعدته المريضة

بالخافة الجانبية للعجز والمصمص أمام محل اندغام الرباط العظيم ، حيث تتداخل اليافهما . وحافته العليا تكوّن الحد السفلى للشرم العظيم الوركى ، وحافته السفلى تكوّن جزءاً من الشرم الصغير الوركى .

وهذان الرباطان يحوّلان الشرمين الوريكين الى ثقبين ، أعلاهما هو الثقب العظيم الوركى وهو محدود من الامام والأعلى بالخافة الخلفية للعظم الذى لا اسم له ، ومن وراء بالرباط العظيم الوركى ، ومن الأسفل بالرباط الصغير الوركى . والسفلى منهما وهو الثقب الصغير الوركى محدود من الامام بحذبة الورك ، ومن الأعلى بالشوكة الوركية وبالرباط الصغير الوركى ، ومن خلف بالرباط العظيم الوركى .

(٣) الاتفاق العجزى المصمصى

هو مفصل ارتفاع يتكوّن من اتصال قمة العجز بقاعدة المصمص ، ويتميز له رباط عجزى مصمصى مقدم ، وعجزى مصمصى خلفى ، وعجزى مصمصى جانبي ، وطبقة غضروفية ليفية بين السطحين المفصليين . فالرباط المقدم اليافه قصيرة ويلتصق بسمحاق الوجه المقدم للعجز والمصمص . والخلفى اليافه مفرطحة لؤلؤية ، وهى تسد الجهة السفلى والخلفية للقناة العجزية ، والجانبى يصل قرنى العجز بقرنى المصمص من الجهتين . أما الطبقة الغضروفية الخلالية فسميكة وقد يوجد عليها فى أثناء الحمل كيس زلاالى يسمح للعجز بأن يتحرك بسهولة .

حركات هذا المفصل مثل الحركات التى تحدث بين فقرات المصمص طفيفة جداً وتحدث الى الامام والوراء ولكنها تزداد مدة الحمل .

(٤) الارتفاق العانى

مفصل ارتفاق يتكوّن من اتحاد السطحين البيضيّين المفصليّين للعانة .
وأربطته هى العانى المقدم ، والعانى الخلفى ، والعانى العلوى ، والعانى السفلى .
وله طبقة غضروفية خلالية .

فالمقدم يتألف من جملة طبقات من ألياف سطحية منحرفة الاتجاه ،
ومن ألياف غائرة مستعرضة . والخلفى رقيق . والعلوى يصل العظمين من
الأعلى . أما الرباط السفلى ، أو الرباط تحت العانة فيتألف من ألياف غليظة
على هيئة مثلث مقوّس ، ويصل عظمى العانة الواحد بالآخر من الأسفل
مكوّناً الحد العلوى للقوس العانى . وجانباه يتحدان بفرعى العانة .

أما الطبقة الغضروفية الخلالية فتتألف من قرصين : واحد على كل سطح
مفصلى ، ويلتصقان بالمعظم بواسطة التتوّات الحلمية الموجودة على المعظم .
ويغلب أن يوجد بينهما تجويف صغير أكبر فى النساء منه فى الرجال .



الفصل الثالث

أعضاء التناسل الظاهرة *

أعضاء التناسل الظاهرة عند البكر هي : -

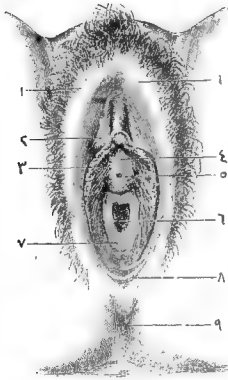
- | | | |
|-----|------------------|---|
| (١) | الشفران العظيمان | { موضوعان جانبيّان ويلبني تبعيداً قليلاً لرؤية سائر الأعضاء الظاهرة |
| (٢) | الشفران الصغيران | |

ثم من الامام الى الوراء نجد : -

- (٣) جبل الزهرة .
- (٤) الدهليز محتويّاً على البظر وقلفته من الأعلى وعلى الصماخ البولي من الأسفل .
- (٥) فتحة المهبل التي يكون معظمها مقفلاً بغشاء البكارة .
- (٦) غشاء البكارة .
- (٧) الشوكة الفرجية أو المجمع الخلفي الذي يتبعيد حوافه يحدث مع غشاء البكارة :
- (٨) الحفرة الزورقية .
- (٩) الجلد المغطى للعجان . وهنا يمكننا ذكر الشرح وان لم يكن من أعضاء التناسل .

الشفران العظيمان - هما اثنتان جلديتان موضوعتان على الجانبين متصلان في أعلاهما ولكنهما تتباعدان في اتجاههما الى أسفل . وسطهما الظاهر مغطى بشعر عند البالغات ، وهما يحتويان على نسيج خلوي وشحمي ، وأوعية وأعصاب . ويندغم فيهما الرباطان المبرومان . وفي محل اتحادهما من الامام فوق الارتفاق العاني ، يوجد ارتفاع مستدير جلده مغطى بشعر كثيف عند البالغات ، ولكن المصريات يزلنه للنظافة . وتحت الجلد يوجد مقدار عظيم من المواد الشحمية ويسمى جبل الزهرة . أما من خلف فلا توجد مواد شحمية ، ويسمى محل تقابلهما بالمجمع الخلفي أو الشوكة الفرجية .

الشفران الصغيران - هما اثنتان رقيقتان من الجلد ورديتا اللون موضوعتان داخل الشفرين العظيمين ومحاذيتان لهما تقريباً. وتنشأ كل منهما من الوجه الباطن للشفر العظيم الذى فى وحشيها . وطرفهما العلوى يتفرع الى فرعين فرع علوى وفرع سفلى فالفرع العلوى يصعد الى أعلى البظر وهناك يقابل الفرع المائل له من الجهة المقابلة . مكوّناً لكبود البظر أى فلفته . والفرع السفلى يمر فى أسفل البظر ويقابل مثيله من الجهة المقابلة ويساعد فى تكوين الرباط المعلق للبظر .



البظر - يتكوّن من اجتماع جذرين من نسيج انتصابى يسميان بالجسمين المحجّوفين . ينشأ كل منهما من الفرع الوركى والعانى لجهته . وباتحادهما يكوّنان جسماً مستديراً بارزاً هو البظر الذى ينتهى بارتفاع كثير الاحساس يسمى الحشفة . والبظر موضوع أمام الارتفاق العانى

ومرتبط به بالرباط المعلق للبظر . وفى مصر والسودان يستأصل البظر مع الشفرين الصغيرين فى سن الصغر . ويزاد على ذلك فى السودان انهم

- (شكل ١٠ . اعضاء التناسل الظاهرة عند البكر)
 (١) الشفران العظيمان . (٢) البظر .
 (٣) الشفران الصغيران . (٤) الدهليز .
 (٥) الصمّاخ البولى . (٦) فتحة المهبل .
 (٧) غشاء البكارة (٨) الشوكة القرحية

(٩) الشرج

يلصقون حافتي الشفرين العظيمين الواحد بالآخر ولا يتركون الا مسافة صغيرة فى الجزء السفلى لخروج دم الطمث . وكثيراً ما يحدث ذلك عسراً لخروج رأس الجنين يستلزم فصل الشفرين الواحد عن الآخر جراحياً .

الدهليز - الدهليز مسافة مثلثة الشكل تتركب من غشاء مخاطى . محدودة من خلف بالحافة المقدمة لفوهة المهبل ، ومن الجانبين بالوجهين الباطنين للشفرين الصغيرين ، وقمة المثلث محدودة بالبطر وكبوده . وقرب القاعدة وعلى الخط المتوسط يوجد الصماخ البولى أو فتحة قناة مجرى البول وهو انباج مستدير ، محاط بحافة مرتفعة مغطاة بغشاء مخاطى شكلها غير منتظم وذلك من الاتقباض المستمر للألياف العضلية القليلة القريبة منها التى تلتف حول قناة مجرى البول كعضلة عاصرة . والصماخ موضوع على الخط المتوسط ويوجد على جانبيه من الامام فتحة صغيرة لغدة منفردة فى الطبقة العضلية لقناة مجرى البول تسمى قناة سكين .

أما قناة مجرى البول عند النساء فطولها ٤ سنتيمترات تقريباً ، وتمتد من عنق المثانة الى الامام والأسفل تحت القوس العانى ، وتنتهى فى الصماخ . وهى محاطة من كل جهاتها ما عدا الوجه الخلفى المنفرز فى جدار المهبل بالعضلة العاصرة لقناة مجرى البول .

غشاء البكارة - غشاء البكارة هو ثنية مركبة من جلد وغشاء مخاطى ، هلالية الشكل متصلة بحافها المحدبة بالجزء الخلفى والجانبى لفتحة المهبل . أما حافته المقعرة فسائية ومتجهة الى الامام . وسطحه الظاهر أو السفلى متصل بجلد الفرج ويفصل عن الشوكة من خلف بانباج صغير هو الحفرة الزورقية . أما وجهه الباطن أو العلوى فيتكوّن من امتداد الغشاء المخاطى المهبلى الى الامام ، وقد يمكن فى بعض الأحوال أن ترى الثنيات المهبلية ممتدة اليه ويوجد بين طبقتيه بعض ألياف عضلية وأوعية وأعصاب .

وبوجود غشاء البكارة تصير فتحة المهبل بيضية الشكل قطرها الأطول

متجه من الامام الى خلف . ولا تسمح الآ بقبول أنملة الأصبع الصغير . ولكنها تختلف كثيراً في الحجم والشكل بحسب اختلاف شكل الغشاء .



(شكل ١٢)

غشاء بكارة نصف هلال



(شكل ١١)

غشاء حلق



(شكل ١٥)

غشاء البكارة بعد الولادة

وهو يوضح الزوائد الآتية



(شكل ١٤)

غشاء بكارة غريبالي

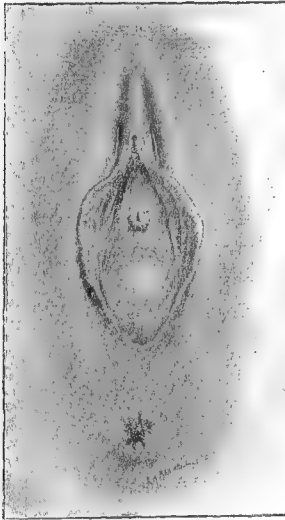


(شكل ١٣)

غشاء بكارة بعد الجماع

وفي بعض الأحوال يكون غشاء البكارة غائباً خلقياً . وقد يسد الغشاء فتحة المهبل تماماً ، أو يكون على هيئة حلقة مستديرة لها فتحة مركزية صغيرة ، وقد يكون غريبالي ، أو يكون له فتحتان مفصولتان بحزمة مركزية . كما أن

حافته السائبة قد تكون منتظمة أو مثلمة قليلاً . ومن المهم في الأحوال الطبية الشرعية تمييز هذه الأحوال عن التمزق المارضي لغشاء البكارة . والنقطة المميزة للتثلم الطبيعي هو أنه لا يمتد في كل عمق الغشاء المخاطي ، بل هو تثلم سطحي في الحافة السائبة فقط . وحافته تكون على استواء واحد ومبطنة



(شكل ١٦)

انسداد الجزء السفلي للمهبل الذي يشبه
انسداد غشاء البكارة .

بغشاء مخاطي أملس متصل
بعضه ببعض . وغشاء البكارة
يتمزق من أول جماع ، ولذلك
يعتبر المصريون وجوده بحالة
سليمة دليلاً على العذروية .
والتمزق الذي يحدث من
الجماع يقطع الغشاء بأكمله
وتكون حوافه متقطعة وليست
على استواء واحد .

ويكون غشاء البكارة عادة
غائباً عند متكررات الولادة
ويحل محله اهداب تنشأ عن
تمزقه وتسمى بالزوائد الآسية .

وقد يتمزق غشاء البكارة
من أسباب أخرى غير الجماع

مثل الحركات المضطربة الفجائية الشديدة ، ومن الفحص المهبلي ، ومن الوقوع
على آلة حادة .

وقد يكون الغشاء مرناً قابلاً للتمدد فلا يتمزق وقت الجماع بل ينطوى

على جذر المهبل . حتى انه قد ذكرت بعض أحوال . بقى فيها غشاء البكارة سليماً بعد ولادة جنين في الشهر السابع .

العذرة - اذا رؤى بأن غشاء البكارة سليم تماماً ولا يسمح إلا بقبول لبابة الأصبع وان حافته منتظمة وليس بها ارتحاء فهذا دليل على أنه لم يحصل جماع . ولكن اذا وجد في الغشاء تمزقات في جملة مواضع وكان مرتخياً ومتسعاً بحيث يقبل أصبعاً أو أصبعين بلا ألم فالغالب انه قد حصل جماع . نقول الغالب لأنه قد تحصل التمزقات من أسباب غير الجماع كما أنه قد يحصل الجماع ولا يتمزق الغشاء كما ذكر قبلاً . أما علامات الجماع الحديث فأوضح كثيراً لأن التمزقات في الغشاء تكون غير ملتئمة ويكون الفرج مجرماً ومتورماً وحساساً جداً . وفي أحوال الاغتصاب يجب البحث عن الحيوانات المنوية في المهبل أو في البقع التي توجد في ملابس المريضة .

ولفحص غشاء البكارة تنام المريضة في الوضع الظهري ويبعد الساقان ثم يسك الشفران الكبيران باليد والابهام ويبعدان أحدهما عن الآخر . واذا لم تمكن مشاهدة الغشاء تؤمر المريضة بالحرق .

أنواع العذرة - الشكل الأكثر حصولاً عند البالغة هو الشكل الدائري وفيه تكون الفوهة في الوسط تماماً، ونصف الهلالى وفيه تكون أقرب للحرف العلوى فيكون شكل الغشاء كشكل المنجل، ثم الغشاء المسنن وهو في الغالب لحمى سميك وينبغي في الفحص الطبى الشرعى بسطه للتأكد من أنه لم يتمزق كما توهم به ثناياه غير المنتظمة، والغشاء الشبيه بالقمع المنقلب الى الامام وهو يمثل النوع الطفلى، والغشاء ذو الحاجز، والغشاء الغربالى وهو الذى يكون فيه الغشاء جميعه مثقباً بثقوب صغيرة ، والغشاء ذو الأساطين الذى ترى فيه سماكة على شكل عمد في الوجه الخلقى لها اتصال بالعمود المهبلى .

الشوكة الفرجية أو المجمع الخلفى — هى عبارة عن اتحاد الطرفين السفليين المستقرين للشفرين العظيمين . وإذا جذبنا الشوكة بمشبك تحدث مع غشاء البكارة حفرة تسمى بالحفرة الزورقية لمسابتها للزورق .

الشرح السابق ينطبق على أعضاء التناسل الظاهرة عند العذراء ولكن يحدث بعض التغيرات فى شكل الأعضاء التناسلية الظاهرة بعد الجماع المتكرر وهى : —

- (١) . يتمزق غشاء البكارة إما من الوسط أو من أحد الجانبين .
 - (٢) . يرتخى الشفران الصغيران ويتدليان ويرزان بين الشفرين العظيمين .
 - (٣) . ترسب مواد ملونة بجمتية فيهما .
- أما بعد الولادة فإن غشاء البكارة يتمزق حتماً ان لم يكن قد تمزق قبلاً . والشوكة الفرجية تتمزق أيضاً ، وقد يحصل بعض تمزقات أخرى فى العجان وحول الصماخ البولى .

أما بعد بلوغ سن اليأس فإن الشفرين العظيمين والصغيرين يفقدان موادهما الشحمية ويضمران . والشفران الصغيران يخفيان تحت الشفرين العظيمين . والشعر المغطى للعانة يبيض . وهو يبيض غالباً بعد شيب شعر الرأس . وتزول تكرشات المهبل بسبب ضموره وتضيق قبوته وترتخى فوهته .

الغدد الفرجية — هى غدد دهنية توجد فى الشفرين العظيمين والصغيرين وتفرز مواد ذات رائحة .

غدد برتولين — أو الغدتان المهبليتان الفرجيتان — هما غدتان على جانبي فتحة المهبل . لكل جانب غدة ولكل غدة قناة طويلة تفتح على الجهة الجانبية لغشاء البكارة .

الجهاز الانتصابى للمرأة - الأوعية الدموية للفرج كثيرة العدد جداً .
وفى بعض جهاته يوجد كثير من الصفائر الوريدية المميزة للأجسام الانتصابية
وهذه الجهات موجودة فى :-

(١) الجسمين المحوفين للبظر .

(٢) حشفة البظر .

(٣) البصلتين الدهليزيتين ، وهما كتلتان انتصابتان فى حجم اللوزة
موضوعتان على جانبي فتحة المهبل .

✽ الأعضاء التناسلية الباطنة ✽

الرحم ومتعلقاته - اذا فتح البطن نجد أعضاء التناسل الباطنة
وعلاقات بعضها مع بعض كما يأتى : نشاهد خلف الارتفاق العانى المثانة ،
وخلفها قاع الرحم منفصلاً عنها بحفرة تسمى الحفرة المثانية الرحمية . ويغطى
كلاً من الرحم . والمثانة طبقة من البريتون تنعطف على جانبي المصوين الى
السطح الباطن للحوض وتكوّن الطبقة المقدمة للرباط العريض للرّحم .
وتحت هذه الطبقة ولكن ظاهراً خلالها نشاهد حافة بارزة من كل جانب
ومتجهة الى الوحشية والامام حتى تدخل فى الفتحة الباطنة للقناة الاربية .
وهاتان الحافتان هما الرباطان المبرومانه للرّحم . ويخرج من جانبي قاع
الرحم أيضاً بوقا فاللوب اللذان يكوّنان الحدين العلويين للرباطين العريضين
اللذين يكسياهما وينتهى كل بوق بشرافة تفتح فى التجويف البريتونى .

وإشاهد خلف الرحم تجويف عميق يسمى رده روموسى . ويحد
هذا التجويف من الامام بالسطح الخلفى للرحم والطبقتان الخلفيتان للرباط
العريض . ومن وراء والجانبين يحده البريتون السكاسى للسطح المقدم

المستقيم والعجز . ويشاهد المبيض ملتصقاً بالطبقة الخلفية للرباط العريض من كل جهة ومتصلاً بالرحم بالرباط المبروم المبيض .

ويمتد من السطح الخلفي الجانبي للرحم من كل جهة ثني بريتوني يحتوي على نسيج عضلي متصل بالحافة الجانبية للمستقيم أمام العجز وتسمى هذه الاثناء بالأربطة العجزية الرحمية ، وتقسم التجويف الرحمي المستقبلي الى قسمين : علوى يسمى بالتجويف الرحمي العجزى ، وسفلى يسمى بالتجويف المستقبلي المهبلي أو رذب دوهرس الحقيقى .

وكل محتويات الحوض مغطاة بطبقة بريتونية واحدة ما عدا فتحتى بوق فاللوب والمبيض . وفى الحالة الطبيعية تملأ الامعاء فراغ الحوض خلف الرحم وأعلاه .

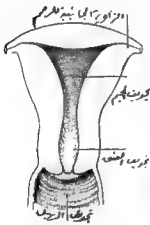
وتختلف علاقة الأعور والمعلقة الدودية فى الجهة اليمنى ، والقولون الحوضى فى الجهة اليسرى ، بأعضاء التناسل وخصوصاً الرحم والمبيض بحسب اختلاف حالة الامعاء من الامتلاء والخلو ، وبحسب طول أربطتها البريتونية وقصرها .

(١) الرحم

الرحم عضو عضلي مجوف كثرى الشكل ، أغلظه متجه الى فوق وهو موضوع فى تجويف الحوض بين المثانة والمستقيم . وينقسم الى جسم وعنق ، والجزء العلوى للجسم يسمى بالقاع . وفى محل اتصال الجسم بالعنق فى الجهة الخلفية ميزاب صغير يُسَدَّلُ منه على محل الفوهة الباطنة . والرحم مفرطح من الامام الى الوراء ، وسطحه المقدم محدب قليلاً وسطحه الخلفى كثير التجذّب سواء من أعلى الى أسفل أو من جهة الى أخرى .

وتجويف الرحم عند من لم تلد مثلث الشكل ، وأضلاع المثلث محدبة للباطن وزواياها تقابل فتحي البوقين من أعلى ، والفوهة الباطنة للعنق من أسفل . وكل التجويف مغطى بطبقة من الغشاء المخاطي . أما بعد الولادة فيتغير الشكل وتصبح أضلاع المثلث أكثر استقامة ويصير التجويف أكثر اتساعاً .

أما تجويف العنق فغزلي الشكل وله فتحتان عليا وسفلى . فالعليا متصلة بتجويف الرحم وتسمى الفوهة الباطنة، والسفلى متصلة بالمهبل وتسمى الفوهة الظاهرة . والغشاء المخاطي المبطن لتجويف العنق ينثني على نفسه جملة مرات فيعطي للتجويف شكل ريشة الدجاج ، وهذا ما يسمونه بشجرة الحياة .



(شكل ١٨)

تجويف الرحم والعنق عند من لم تلد

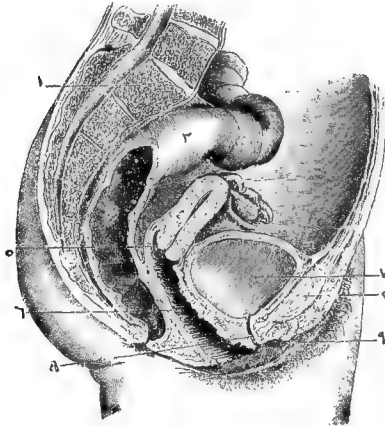


(شكل ١٧)

الفتحة الرحمية

والعنق نفسه ينقسم الى قسمين : قسم مهبل ، وقسم حوضي أو فوق المهبل . فالقسم البارز في المهبل هو المهبل ، والقسم الموجود ما بين انعطاف الغشاء المخاطي المهبل على العنق وبين الفوهة الباطنة هو القسم «الفوق المهبل» أو الحوضي . والفوهة الظاهرة للعنق هي شق مستعرض قطره ٣-٤ مليمترات عند من لم تلد . اما عند مكررات الولادة فتصير أكثر اتساعاً وقد يبلغ قطرها

سنتيمترًا أو أكثر . والغشاء المخاطي للعنق ينقلب الى الخارج قليلاً .
 اقطار الرحم والعنق — طول الرحم والعنق من الظاهر عند من لم تلد
 ٧ سنتيمترات ونصف . وطول التجويف العمومي ٦ سنتيمترات ونصف ،
 منها ٤ سنتي طول تجويف الرحم ، وسنتيمتران ونصف طول تجويف
 العنق . واكبر عرض للرحم هو في محل اتصال البوقين . واكبر سمك له هو
 في منتصفه حيث يبلغ من ٢ الى ٢.٥ سنتي . ووزنه من ٣٠ الى ٤٠ جراماً
 تقريباً . اما رحم الحامل فعند تمام الحمل يبلغ وزنه من ٧٠٠ جرام الى ١٤٠٠
 جرام تقريباً .



(شكل ١٩) — القنوات المخترقة لارضية الحوض

- (١) المعجز . (٢) المانة . (٣) المستقيم . (٤) الرحم .
 (٥) عنق الرحم . (٦) المهبل . (٧) المثانة وهي ممتلئة .
 (٨) قناة مجرى البول . (٩) البظر

تركيب الرحم - يتركب الرحم من ثلاث طبقات وهى :

(١) طبقة مصلية أو بريتونية .

(٢) طبقة عضلية .

(٣) غشاء مخاطى .

اما الطبقة العضلية فتتكوّن من ثلاث طبقات : الأولى سطحية ضفيرية ، والثانية غائرة مكوّنة من الياف حلقيه ، والثالثة موجودة بين هاتين الطبقتين وتتكوّن من الياف طولية ، السطحية منها تنحني على هيئة عرى لمرور الألياف الحلقيه لعنق الرحم . ولا تتميز هذه الطبقات الامدة الحمل . اما الطبقة الغشائية فجزؤها المبطن لتجويف الجسم رقيق لا يتجاوز سمكه مليمترًا ولونه وردى ، وسطحه السائب موشح باخلية بشرية اسطوانية الشكل ذات اهداب اهتزازية . ويحتوى هذا الغشاء على غدد قنوية مفتحة على سطحه السائب . اما الجزء المبطن لتجويف العنق فيختلف عن السابق كل الاختلاف . وسطحه المقدم والخلفى ينمطفان على نفسهما مكونين لثنيات على شكل ريشة الدجاج وتسمى شجرة الحياة . ويتركب هذا الغشاء من خلايا اسطوانية ذات اهداب اهتزازية فى حوافى الثنيات فقط . اما فى الميازيب فاخللايا تكون بلاطية . وغدد العنق عنقودية تفرز مادة غروية ثخينة كيباض البيض . وهذه المادة تتراكم مدة الحمل وتتكوّن سداة سمكة غروية لاصلبة ولا رخوة بل بين بين تسد فتحة عنق الرحم ، وتخرج فى ابتداء المخاض على صورة سائل غروى . وقد تسد فتحات هذه الغدد فيتراكم افرازها داخلها فتتعدد وتتكوّن جوبًا بارزة تسمى بيض نابوت .

﴿ أربطة الرحم ﴾

للرحم نوعان من الأربطة . النوع الأول انعطافات بريتونيه وعددها أربعة . والنوع الثانى حزم رباطية .

الانعطافات البريتونية - أما البريتون فيغلف جسم الرحم بتمامه تقريباً فن الامام ينعطف من المثانة على الوجه المقدم للرحم فى محل اتصال العنق بالجسم . ومن الخلف ينعطف من الجدار الخلفى للرحم وعلى الجنس العلوى للمهبل ومن ثم على الجدار المقدم للمستقيم مكوّناً لردب دوجلاس ومن الجانبين ينعطف البريتون على نفسه مكوّناً للرباطين العريضين .

أما الحزم الرباطية فأربعة أزواج : رباط مقدم هو العائى المثانى الرحمى ، والرباطان المبرومان ، والرباطان المعجزيان الرحميان ، والرباطان الجانبيان أو رباطا ماكروت .

الرباطان المبرومان - ينشأ كل من الرباطين المبرومين فى أسفل القرن الرحمى مباشرة ويسير بانحراف الى الوحشية فى الثنى المقدم للرباط العريض الى أن يصل للفتحة البطنية الباطنة ثم يعبر القناة الاربية ويخرج من الفتحة البطنية الظاهرة ويفقد فى النسيج الخلوى للشفر العظيم . ويتركب من ألياف عضلية ملساء ومن نسيج ليفى . والجزء من الرباط القريب من الرحم أضخم وأقوى من الجزء الوحشى . ويتغذى الرباط المبروم من شريان صغير ينشأ من الجزء العلوى للشريان الرحمى ويتفعم مع شريان صغير آخر ناشئ من الشريان الشراسيبنى القائر .

الأربطة الرحمية المعجزية واربطة ماكروت والأربطة العائية المثانية الرحمية - هذه الأربطة هى ٣ أزواج من حزم ليفية يتخللها بعض ألياف عضلية ملساء

يتخللها بعض ألياف عضلية ملساء موجودة في الصفاق الحوضي الباطن
(Endopelvic fascia) تسير في اتجاهات مختلفة .

فالزوج الأول من هذه الحزم يسمى بالرباطين المعجزيين الرحميين .
وهما ينشأان من الجزء الوحشي للوجه الخلفي للعنق ويتجهان الى الوراء والأعلى
مغطيين بانعطاف بريتنوي ويندغمان في الجزء العلوى للفقرة الثالثة المعجزية
وفي أثناء مرورهما على المستقيم تخرج منهما بعض الياف وتندغم على جدره .
أما الزوج الثانى فيتألف من حزم ليفية متينة مكوّنة لرباطين جانبيين
وينشأ كل منهما من جانب الرحم في أعلى اتصال الجسم بالعنق مباشرة ومن الرقب
الجانبى للمهبل ، ويسير للوحشية في قاع الرباط العريض مصاحباً للشريان
الرحمى ، ويندغم بالقرب من الشوكة الوركية ، ويسمى رباط ماكثروث .

أما الزوج الثالث من الحزم فيكوّن الأربطة العانية الثانية الرحمية وهى
أقل الأربطة فى الأهمية ، وتنشأ من الوجه المقدم للعنق وتندغم على جانبى
المثانة وعلى العظمين العانيين .

الرباطان العريضان — هما انعطافان بريتونيان يمران من جانبى الرحم
الى الجدارين الجانبيين للحوض مكوّنين الحاجز ذى ثلاثة اثناء يقسم الحوض
الى قسمين : قسم مقدم ويحتوى على المثانة وقناة مجرى البول والمهبل ، وقسم
خلفى ويحتوى على المستقيم . وبين ورقتي كل من الرباطين العريضين توجد
الانسجة الآتية : —

(١) البوقان فى الثنية العليا وهى المتوسطة (٢) الرباطان المبرومان فى
الثنية المقدمة (٣) المبيضان واربطتهما فى الثنية الخلفية (٤) النسيج
خارج المبيض (٥) الحالب — ويكون ملتصقاً بالطبقة الخلفية للرباط
العريض حالة نزوله فى تجويف الحوض بعد أن يتقاطع مع الشريان الحرقى
(٨)

المشترك. وحين يصل الى قاعدة الرباط العريض يتجه الى الامام والانسية، محفوظاً في غلاف ليفي مخصوص ويمر بجانب الجزء فوق المهبلي للعنق على بعد سنتيمتر ونصف منه أسفل الأوعية الرحمية، وينتهي في المثانة (٦) نسيج خلوى (٧) الياف عضلية غير مخططة (٨) الباروفاريوم والباروفرون وكيس مورجاني.

وبين شراية البوق والحافة السفلى للرباط العريض توجد حافة مدوّرة مقعرة تسمى بالرباط القمعي الحوضي.

الباروفاريوم أو (عضو روزنموكر) - وهو سلسلة أنابيب منسدة من بقايا نسيج جنيني تتقارب بعضها من بعض في جهة المبيض وتتحد في نهايتها العليا بقناة طويلة هي بقايا قناة مجانسة لقناة جارتنر في البقرة. ويتحد الباروفاريوم في نهايته من جهة الرحم ببقايا قناة ولف.

كيس مورجاني - وهو حويصلة تتخلف عن بقايا من قنوات ولف وترى في حالة وجودها متحدة بالشرافات.

الباروفورون - وهي أيضاً بقايا أنابيب منسدة موضوعة بالقرب من الرحم. خواص الرحم - للرحم أربعة خواص: الاحساس والانتقباض والتمدد والمرونة أو الانكماش. فالاحساس والانتقباض لا يظهران بوضوح إلا في أواخر الحمل، ويعرفان حينئذٍ بالطلق. والانتقباض يحصل متقطعاً مدة الحمل. وخاصية التمدد تظهر طول مدة الحمل. أما الانكماش فلا يظهر إلا مدة الولادة والنفاس.

امتدادات شكل الرحم بحسب العمر - يكون العنق عند الأطفال أطول من الجسم، والفوهة الباطنة غير واضحة الحدود. وتكون شجرة الحياة ممتدة داخل تجويف العنق والجسم معاً، وتكون الطبقة العضلية شبيهة بنسيج

وطبقة عضلية ، وغشاء مخاطي . فالظاهرة هي البريتونية ، والمتوسطة هي العضلية وتتألف من طبقتين عضليتين الباطنة حلقية والظاهرة طولية . أما الطبقة الباطنة للبوق فهي الغشائية وتتركب من غشاء مخاطي مغطى ببشرة اخليتها اسطوانية موشحة باهداب اهتزازية ومكوّنة لثنيات مستطيلة ممتدة من الصيوان الى تجويف الرحم .

﴿ المبيض ﴾

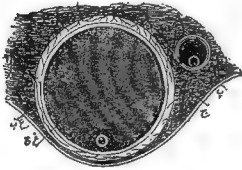
المبيض - عضو بيضى الشكل موضوع على جانب الرحم في الجهة الخلفية للرباط العريض وظيفته انتاج البويضات للتناسل وأفرز الأفرزات الباطنية التي تؤثر ليس على الأعضاء التناسلية فقط بل على نظام النمو العام لسائر الجسم .

ويبلغ طول المبيض نحو ثلاثة سنتيمترات ونصف وسمكه نحو سنتيمتر ونصف . وهو مفرطح من الجانبين وسطحه خشن متكرش عند البالغ نتيجة انكماش ندب التحام حويصلات جراف التي انفجرت . والمبيضان موضوعان على جانبي الحوض في انبعاجات بريتونية مخصوصة تسمى بالحفر المبيضية . والحافة المقدمة للمبيض متحدة بالطبقة الخلفية للرباط العريض بواسطة ثنية بريتونية قصيرة . وفي هذه الحافة توجد فرجة المبيض التي تدخل فيها الأوعية والأعصاب المبيضية وتسمى هذه الثنية البريتونية بالرباط المساريق للمبيض والقطب الأسفل الأنسى للمبيض متصل بالرحم بواسطة رباط مهروم يسمى بالرباط المهروم للمبيض كما أن الشرافة البوقية الطويلة تكون متصلة بالقطب العلوى . والرباط المساريق المبيضى يعدم في هذه النقطة باتحاده مع الرباط القمعى الحوضى .

تركيب - يتركب المبيض من كمية كبيرة من حويصلات جراف محاطة بغلاف ومنغطة بطبقة مصلية بريتنوية

الطبقة المصلية - الطبقة المصلية تنشأ من البريتون ولكنها تختلف عنه بأنها منغطة بطبقة واحدة من الخلايا الاسطوانية بدلاً من البشرة المخاطية التي تغطي سائر البريتون. وتسمى هذه الطبقة بالقشرة الجرثومية أو المحفظة.

الفمرف - هو نسيج لين كثير الأوعية يتألف على الاكثر من خلايا مغزلية ونسيج خام. وعلى سطح المبيض يتكاثف هذا النسيج، ويحدث ما يسمونه بالطبقة الزلالية.



(شكل ٢١)

حويصلات جراف . ويوجد تحت غطاء المبيض حويصلتان من حويصلات جراف مختلفتا الحجم ومقطوعتان مموديا (ب) الطبقة البريتونية المنوعة (ج) الطبقة الجرثومية المبيض (غ ج) الفشاء الجرثومي (غ ب) الغلاف البيني والغلاف الباطن .

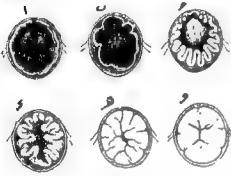
جداً يبلغ قطرها ربع ملليمتر هي حويصلات جراف في بدء نموها . والطبقة التي تحتوى عليها تسمى بالطبقة القشرية . وهذه الحويصلات تكون كثيرة جداً في الطفلات قليلة عند البالغات . وكلما اتجهنا للخارج ازداد حجم حويصلات جراف ، على أنها لا توجد في الطبقة الجوهرية حيث تدخل الاوعية المغذية للرحم . وتركب حويصلة جراف من طبقة ظاهرة ليفية وعائية تتصل بغلاف المبيض بشبكة اوعية ، ومن طبقة باطنة مبطنة بخلايا

ذات نواة تسمى بالغشاء المحبب . أما السائل الذي في داخل الحويصلة فزلالى شفاف وفيه تُمَلَقُ البويضة . وفي الجزء الأقرب لسطح المبيض في حويصلة جراف التامة النمو تتكاثف الخلايا المكونة للغشاء المحبب وتبرز في تجويف الحويصلة ، مكونة لما يسمى بالقرص . ونمو حويصلات جراف يستمر يدون انقطاع من البلوغ الى سن اليأس . وقبل البلوغ تكون هذه الحويصلات صغيرة ومحاطة بغلاف سميك . وكثير منها لا يتم تكوينه بل هي تضر وتتمص لأن بويضاتها غير صالحة للتلقيح .

مروج البويضة - كلما نمت حويصلة جراف اقتربت من سطح المبيض ثم ينتهي الامر بتمزق اغشيتها وخروج السائل مصحوباً بالبويضة الى سطح المبيض فيلتقاها صيوان البوق . وهذه هي ظاهرة البيض . فاذا لم تلتقح البويضة زالت بالدوبان والامتصاص اثناء مرورها في البوق .

الجسم الأصفر - تتمزق حويصلة جراف على الأغلب في بدء الطمث ، ويساعد على تمزقها الاحتقان الذي يكون في الاعضاء الحوضية وقتئذ . وبعد تمزق البويضة تنكش جدرانها وتلاصق بعضها ببعضاً . ولما كانت الطبقة الباطنة اقل مرونة من الطبقة الظاهرة فهي تنطوى على نفسها مكونة لجلّة ثنيات . ثم أن خلايا الغشاء المحبب تتضاعف وتُملأ تدريجياً باطن الحويصلة والتجويف الذي نشأ على سطح المبيض من تمزقها . وجزء صغير من المسافة التي نشأت من تمزق الحويصلة تملأه كتلة دموية صغيرة تكون قد انسكبت فيها وقت التمزق . وفي الوقت نفسه تكون بعض اوعية صغيرة مصحوبة بنسيج ليفي آخذة في النمو من الطبقة الباطنة للغشاء الفاصل وتأخذ في الاتجاه نحو مركز الحويصلة . ومجموع هذه المنسوجات المؤلف من الكتلة الدموية والخلايا

البشرية المتضاعفة والاولوية الصغيرة والنسيج اللينى يسمى بالجسم الأصفر .
وسبب هذه التسمية هو وجود بعض مواد صفراء داخل الخلايا .



(شكل ٢٢)

يوضح كيفية تكوين الجسم الأصفر .
غرف (أ) يشير الى تجويف الحويصلة
مملوءاً بالدم (ب) و (ج) يشير الى
التناقص الذى يحصل للكثلة والتضاعف الذى
يحصل لخلايا البشرية (د) ، (هـ) ،
(و) تشير الى الاستحالة التى تحصل للكثلة
وتكون الفضلات الصفراء ثم امتصاصها وعدم
بقاء شئ منها سوى اثر التحام .

ويستمر النمو فى باطن الجسم
الأصفر مدة ثلاثة أسابيع ، ثم يقف
وتبدأ الخلايا فى الاستحالة الى
فضلات صفراء بينما يكون النسيج
اللينى آخذاً فى الامتداد الى الباطن
حتى ينتهى الأمر بوصله الى مركز
الحويصلة . ثم أن الفضلات الصفراء
تأخذ فى الامتصاص . وبعد مضي نحو
شهرين من تاريخ تمزق الحويصلة لا يبقى
من الجسم الأصفر إلا ندبة التحام .

هذا هو الذى يحصل عادة اذا لم تتلفح البويضة . أما اذا تلفحت فان
الجسم الأصفر يكبر حجمه ويستمر فى النمو الى الشهر الثالث أو الرابع وتصير
جدره أسمك ولونه أشد اصفراراً . ثم ان الامتصاص يحصل ببطء شديد
حتى أنه فى نهاية الحمل يبقى طول قطره متراوحاً بين ٨ و ١٠ ملليمترات .
أما وظيفة الجسم الأصفر فهي تحضير افراز باطنى له جملة خواص منها
حفظ سلامة البويضة ونموها مدة الحمل .

✽ المهبل ✽

هو شق مستعرض مواز لمستوى المضيق العاوى للحوض ، موضوع بين
المثانة من الأمام والمستقيم والعجان من وراء ، ويمتد من الفرج الى الرحم .

وتتميز له حافتان جانبيتان ، وطرفان علوى وسفلى ، وجداران مقدم وخلفى .
والجداران يلامس أحدهما الآخر فى الحالة العادية . والطرف العلوى للمهبل
يندغم حول عنق الرحم . فيندغم الجدار المقدم فى محاذاة اجتماع الثلث
السفلى للعنق بثلثه المتوسط ، ويندغم الخلفى فى أعلى ذلك أى فى محاذاة اجتماع
ثلثه المتوسط بالعلوى ، ولذلك كان أطول من المقدم بسنتيمترين . ومن هذه
الاندغامات تتكوّن ردوب مهبليّة اثنان منها جانبيان ، وواحد مقدم ، وواحد
خلفى والخلفى منها أكثرها غوراً .

وطول الجدار المقدم للمهبل ٥ سنتيمترات وطول الجدار الخلفى ٧ سنتيمترات
ولكن عند ادخال منظار أو أية آلة أخرى فى المهبل يستطيل الجداران حتى
يلغيا ضعفى طولهما . والمهبل أعلاه أكثر اتساعاً من أسفله .

عمودته بالأجزاء المجاورة - الوجه المقدم للمهبل ملاصق لقاع المثانة
وقناة مجرى البول . والوجه الخلفى متصل بثلاثة أرباعه السفلى بالجدار المقدم
للمستقيم . أما الربع العلوى فينفصل عن المستقيم بالأنعطاف البريتونى المسمى
ردب دوجلاس . ويتصل بجانبى المهبل من الأعلى الرباطان العريضان ومن
الأسفل العضلتان الرافعتان للشرح .

التركيب - يتركب المهبل من غشاء مخاطى مبطن له ومن طبقة عضلية
بينها وبين الغشاء المخاطى طبقة نسيج انتصابى .

والغشاء المخاطى متصل من الأعلى بالغشاء المبطن للرحم . ويوجد على
وجهه الباطن من الوسط بروزان أحدهما من الأمام والآخر من الورا يسمىان
بالعمودين المهبليين ، ينتهى المقدم منهما خلف الصماخ البولى بجزء أكثر
بروزاً يسمى بالصلة المهبليّة . وعلى جانبى عمود المهبل يتجهّد الغشاء المخاطى على
هيئة ثنيات مستعرضة تكون كثيرة الوضوح كلما قربت من الفرج . وهذه

الثنيات يزداد عددها مدة الحمل وفائدتها أنها تسمح للمهبل بالتمدد وقت تخليص الجنين .

أما الطبقة العضلية فتتألف من طبقتين : طبقة ظاهرة طويلة وهي الأقوى وطبقة باطنة حلقيه . والطويلة متصلة بالألياف السطحية للرحم . وخلاف هذه الألياف يحاط المهبل في جزئه السفلى بحزمة الياف عضلية مخططة تسمى بالعاصرة المهبلية .

والطبقة العضلية محاطة من الخارج بطبقة من النسيج الخلوى تحتوى على أوعية كثيرة .

التغذية الدموية والليمفاوية والعصبية لأعضاء التناسل .

الشرايين — تتغذى أعضاء التناسل الظاهرة من الشريان الحياثى الظاهر وهو فرع من الفخذى ، ومن الشريان الحياثى الباطن وهو فرع من الجزع المقدم للحرقفى الباطن . ويخرج الشريان الحياثى الباطن من الحوض خلال الثقب العظيم الوركى بين العضلة الهرمية والعضلة المعصمية ، ويكون مركزاً فى الآلية على السطح الظاهر للشوكة الوركية تحت العضلة العظيمة الآلية . ثم يتجه الى الأمام ويدخل العجان خلال الثقب الصغير الوركى . ويكون فى الحفرة الوركية المستقيمة مركزاً على جدارها الوحشى فيما يسمى بقناة الكوك . ويعطى عدة فروع لتغذية العضلات والأنسجة الموجودة فى الجزء المقدم للعجان ، وهى الشريان المستعرض العجانى ، والعجانى السطحى ، وشريان عضلة البظر ، والشريان الظهري للبظر . ويتغذى الشريان الحياثى الظاهر كلا من جبل الزهرة والشفرين العظيمين .

أما أعضاء التناسل الباطنة فتغذى أولاً من الشريانين المبيضين اللذين

ينشأ من الأورطى البطنية ومن الشريانين الرحميين وهما فرعان من الجذع
المقدم للحرقفي الباطن . ويصل الشريان المبيض الى الرباط العريض مجتازاً
الرباط القمعي الحوضي وينتهى في فرجه المبيض ، ويعطى فروعاً تغذى
المبيض والبوق والرباط المبروم . وتتفهم فروعه مع فروع الشريان الرحمي .
وينشأ الشريان الرحمي من الجذع المقدم للشريان الحرقفي الباطن ويعطى
أفرعاً للعنق وأحياناً للمهبل . ويتكوّن من هذه الأفرع الشريان التوأمي
للمهبل على جدارية المقدم والخلي . وإذا تتبعنا الشريان الرحمي نجده يصعد
على جانب الرحم متعرجاً تعرجاً شديداً يشبه تعرجات البرغي ماراً بين
طبقات الرباط العريض ومعطياً فروعاً كبيرة أثناء مروره تحتقن نسيج الرحم .
أما المهبل فيغذى في بعض الأحوال من فروع شريانية
مخصوصة تنشأ أحياناً من الحرقفي الباطن . ويصله دائماً فروع شريانية من
الشريان الرحمي وجزؤه السفلي يتغذى من نهايات الشريان الحياتي الباطن .

الأوردة - تتحد أوردة الحوض بعضها مع بعض على شكل صفائر
قبل أن تصب في الجذوع الكبيرة . أما أوردة الفرج فتصب في الوريد
الحياتي ومنه الى الوريد الحرقفي الباطن .

والأوردة التي تخرج من البظر وبصلة الدهليز تتحد بالصفيرتين المثانية
والمهبلية . والصفيرة المثانية تكون موجودة على جدر المثانة وحشى الطبقة
المعضلية وتكون ظاهرة حوالى فتحة الحالبين .

والصفيرة المهبلية تكون موضوعة على جدار المهبل وحشى الطبقة
المعضلية وتتفهم مع الصفائر البواسيرية والمثانية . وتصب هذه الصفائر الثلاث
في الوريد الحرقفي الباطن الذي يصب في الوريد الحرقفي المشترك الذي
يصب نهائياً في الأجوف السفلي .

أما الضفيرة الرحمية فتوافق فروع الشريان الرحمي ماعدا داخل نسيج الرحم حيث تتكوّن الجيوب الدموية . ويصب الجزء العلوى من هذه الضفيرة بعد اتحاده بالضفيرة المبيضية في الأوردة المبيضية التي تصب في الأجوف السفلى أو الوريد الكاوى . والجزء السفلى يتكوّن منه الوريد الرحمي الذى يصب في الحرقفى الباطن .



(شكل ٢٣)

قطاع سهمى للعوض يوضح الأوعية والاعصاب الحوضية (كلى)

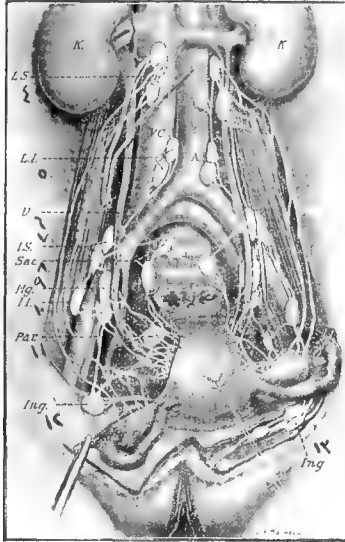
- | | |
|--|------------------------------|
| ١ - الشريان المثاني العلوى والشراسقي | ١١ - الشريان الحياثي |
| ٢ - الشريان الرحمي | ١٢ - الشريان الوركى |
| ٣ - الشريان المهبلى المثاني المتوسط | ١٣ - المصب الوركى الخامس |
| ٤ - الشريان الساد | ١٤ - المصب الوركى الرابع |
| ٥ - المصب الساد | ١٥ - المصب الوركى الثالث |
| ٦ - الشريان الختلى الفائر | ١٦ - المصب الوركى الثانى |
| ٨ - الفتحة الباطنة البطنية | ١٧ - المصب الوركى الاول |
| ٩ - الشريان المنفذ للمهبل وقناة مجرى البول | ١٨ - الضفيرة الوركية القطنية |
| ١٠ - الشريان الباسورى المتوسط | ١٩ - الشريان الإلحقي |

أما الأوردة الآتية من المبيضين والبوقين فتصب في الوريدين المبيضين اللذين يصب أيمنهما في الأجوف السفلى وأيسرها في الوريد الكلوى .
الأوعية المفاوية - الأوعية المفاوية للأعضاء التناسلية الباطنة يمر أكثرها في عقد لمفاوية غائرة . والقسم الأول من هذه العقد وهو الحلقة الحرفية الباطنة أو الخلفية يتألف من مجموعتين - العليا منها موضوعة على الجدار الجانبي للحوض في الزاوية المكونة من تشعب الشريان الحرفي الباطن (انظر شكل ٢٤) ، والسفلى موضوعة أسفلها على محاذاة الشريان الرحمي .
والقسم الثانى من هذه العقد هو الحلقة القطنية الموجودة في الجزء السفلى للأورطى البطنى والأجوف السفلى ، ويتألف من مجموعة سفلى ومجموعة عليا (انظر شكل ٢٤) .

وهناك أيضاً عقد عميقة غير هذه هي المجموعة العجزية ، وكذلك عقدة أو اثنتان واقعتان بين المستقيم والمهبل . أما العقد السطحية الوحيدة التى تصل إليها الأوعية المفاوية للأعضاء التناسلية فهي القسم العلوى من الغدد الأربية السطحية الموجودة في الأربية . ومن هذا يتضح لنا السبب في أن العقد الأربية يندران تلتهب وتنضخم الا في أمراض الأعضاء التناسلية الظاهرة .

أما الأوعية المفاوية للمبيضين والبوقين فتتمر في الرباطين العريضين وتجه الى الأعلى على حافة الحوض أمام الحالبين لتتحد نهائياً بالعقد القطنية .
أما الأوعية المفاوية لقاع الرحم ولقسمه العلوى فتتفهم مع بعضها مكونة لوعائين كبيرين يمران الى الوحشية في أسفل البيض ثم يسيران مع أوعية المبيض المفاوية وتحدان بالعقد القطنية (انظر شكل ٢٤) . ويخرج أيضاً من قاع الرحم وعاء لمفاوى صغير ويدخل الرباط المبروم ويسير معه حتى يخرج من الفتحة الباطنة البطنية لينضم الى المجموعة العليا من العقد الأربية الظاهرة .

أما أوعية العنق المفاوية فتتضم بعضها الى بعض مكونة لثلاثة أو أربعة أوعية كبيرة تمر الى الوحشية في الجزء السفلى للرباط العريض وتتحد بالجموعة العليا من العقد الحرقفية الباطنة (انظر شكل ٢٤) وقبل وصولها الى هذه المجموعة



(شكل ٢٤) الاوعية المفاوية لاجزاء تناسل المرأة

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| ٨ — العقد المعجزية | ١ — كلية K |
| ٩ — العقد الختلية | ٢ — الاورطي A |
| ١٠ — العقد الحرقفية السفلى | ٣ — V.C الاجوف السفلى |
| ١١ — عقدة في النسيج الختلى | ٤ — العقد القطنية العليا |
| لرباط العريض | ٥ — العقد القطنية السفلى |
| ١٢ — عقد اربية | ٦ — الخالب |
| ١٣ — عقد اربية | ٧ — العقد الحرقفية العليا |

تمر بمقدمة صغيرة موضوعة في قاع الرباط العريض على محاذاة اتصال المنق بالمهبل (رقم ١١ شكل ٢٤). ويرى وعاء لمفاوى صغير فى الرباط العجزى الرخمي ويتحد بالمقد العجزية .

أما الأوعية اللمفاوية المهبلية فتتألف من ثلاث مجموعات — العليا منها تتحد بالعقد الحرقفية الباطنة العليا والسفلى والمتوسطة والسفلى تتحدان بالعقد الحرقفية الباطنة السفلى .

أما الأوعية الفرجية وأوعية غشاء البكارة فتتم كلها إلى المجموعة العليا للحلقة الاربية السطحية . والأوعية اللمفاوية لكل من جهتي الفرج تنضم مع امثالها من الجهة المقابلة . ولهذا السبب يكثر أن يلتهب وتقيح عدد الاربيتين ولو كان المرض فى احد جانبي الفرج فقط .

الاعصاب - تنفذ أعضاء التناسل الباطنة من الأعصاب السمبأتوية بالطريقة الآتية : —

الصفيرة المبيضة — تنشأ من الصفيرة الأورطية وتلازم الشريانين المبيضين حتى الرباطين العريضين ، وهناك تتوزع فى المبيضين والبوقين والرباطين العريضين . وتتحد هناك مع الصفيرة الرحمية التى تنشأ من الصفيرة الحوضية . وهذه تنشأ أيضاً من الصفيرة الحرقفية الناشئة من الصفيرة الأورطية والصفيرة الرحمية .

الصفيرة المرسلية — تنشأ أيضاً من الصفيرة الحوضية وتنزى جدرانها وغشاء المخاطي وقناة مجرى البول وتتحد بالصفيرة الكهفية للبظر وبصلتيه .

ويلاحظ أن هذه الضفائر ليست سمبأتوية صرفاً بل تتخللها أعصاب نخاعية صادرة من الأعصاب العجزية وغيرها . ولذلك فإن الوجع الناشئ عن أمراض هذه الأحشاء الباطنة يكون مصحوباً بالألم فى مساحة متسعة من

الجلد - وتحد الضفيرة المبيضية بالأعصاب الصادرة من الزوج المائثر الظهري النخاعي . أما الضفيرة الحوضية فتصلة بالأعصاب المعزبة النخاعية . أما المعجان فانه يغذى بالمصّب الحياتي الذي ينشأ من الثاني والثالث والرابع المعجزين كما أن المصّب الحرقفي الأربي يغذى أيضاً جبل الزهرة والشفرين العظيمين . أما الفخذى التناسلى فيغذى الرباط المهرّوم داخل القناة الأربية .

✽ فرش الحوض وعضلاته ✽

تهم المولّد جداً معرفة الأجزاء الرخوة التي تسد المضيق السفلى وتكوّن أرضية الحوض . وذلك لأنها لا تكوّن فقط الجدار السفلى للتجويف البطنى العمومى متحملة ضغط الأحشاء البطنية الى أسفل ، بل تكوّن أيضاً الحدود الحقيقية للجزء السفلى للقناة التي يمر منها الجنين اثناء الولادة . وبوجودها تسبب قُصراً في أقطار هذه القناة .

ويطلق عادة على جميع الأجزاء الرخوة التي تسد المضيق السفلى اسم « فرش الحوض » وهى تنقسم تشريحياً الى قسمين : -

(١) الأنسجة الموضوعة سطحياً أسفل الحجاب الحاجز الحوضى مكوّنة للمعجان .

(٢) الحجاب الحاجز الحوضى . وهو حاجز عضلى يسد تجويف الحوض ويقسمه الى قسمين : علوى بطنى ، وسفلى معجانى .

المعجان

هو مسافة معينة الشكل محدودة بالأنسجة التي تحيط بالمضيق السفلى للحوض . وينقسم الى مثلثين : خلفى مستقيمى ، ومقدم تناسلى بولى بواسطة

خط يمتد ما بين الخدين الوركيتين ماراً أمام الشرج مباشرة . فالمثلث المستقيم يحتوى على فتحة الشرج ، والجزء السفلى من المستقيم الذى يُحد من الجانبين بالحفرة الوركية المستقيمة المملوءة بكتلة كبيرة شحمية . وفى حالة الوقوف تكون فتحة الشرج متجهة اتجاهها أفقياً الى الوراء . وتنفصل عن المصعص بالجسم المصعصى الشرجى ، وهو كتلة كثيفة من نسيج خلوى تمر فيها من الجهة العليا بعض الياف من العضلة الرافعة الشرجية . وتنفصل فتحة الشرج عن المهبل من الأمام بمسافة أسفينية الشكل . هى جسم العجان ويمتد فى هذا الجسم من الأعلى الجدار المقدم للمستقيم والخلفى للمهبل مع بعض الياف من العضلة الرافعة الشرجية من الجانبين .

وينشأ من هذا المثلث جملة الياف وتربة لكثير من العضلات السطحية للعجان بينما الألياف نفسها تتحد مع بعضها بعضاً فى محل نشأتها مكونة لكتلة وتربة تسمى بالمضرد المتوسط للعجان أو النقطة المركزية له .

أما المثلث التناسلى البولى فيسمى بالعجان الحقيقى أو عجان الولادة . ويحتوى على فتحتى قناة مجرى البول والمهبل .

وهو ينقسم بالرباط المثلث الى طبقتين : سطحية ، وغائرة . وهذا الرباط يملأ القوس العائى ويتصل من جهتيه بالفرع النازل للعانة ، والصاعد للورك . أما من خلف فينتهى بحافة سائبة تمتد الى جسم العجان وهو مثقوب بفتحتى قناة مجرى البول والمهبل اللذين يتقويان بمرورهما فيه .

عضلات الحوض — أما عضلات الحوض فمن الممكن تشريحها وتجريدها بسهولة . وهى مغلفة بالصفاق الحوضى وبعضها متحد به ، وأحياناً يكون هو الفاصل بينها كما هو الحال فى العضلة السادة الباطنة والرافعة الشرج . والعضلات والصفاقات الموجودة فى أرضية الحوض لها أهمية عظمى من الوجهة الأكلينيكية

لأن على سلامتها يتوقف حفظ أعضاء التناسل في وضعها الطبيعي . وكل العمليات التي تعمل لرد الأوضاع المعيبة للرحم لا يمكن تفهمها إلا بمعرفة تشرح هذه العضلات .

إذا رفع الجلد من العجان وكذلك الصفاق العجاني السطحي تنكشف عضلات العجان . ويلاحظ أنه مسافة معينة الشكل ، منقسمة في الوسط الى مثلثين : مقدم ، وخلفي بواسطة العضلتين المستعرضتين العجانيتين . وتنشأ كل من هذه العضلات من السطح المقدم والباطن للحدبة الوركية وتندغم في العنصر المتوسط للعجان .

أما العضلة العاصرة للشرح الظاهرة ، والعضلة العاصرة لفتحة المهبل فتتحدان في العنصر المتوسط للعجان . والأولى تنشأ من قمة العنصص ومن عنصر العجان ، وبعد أن تحيط بفتحة الشرج تبرز بالعضلتين المستعرضتين العجانيتين . والثانية بعد أن تنشأ من العنصر المتوسط للعجان وتحيط بفتحة المهبل تندغم في جذري البظر في نقطة اتحادهما . أما العضلات المؤثرة للبظر فاثنتان : واحدة على كل جانب . وتكسو كل منهما جذر البظر . وتنشأ من المسافة المتوسطة للفرع المساعد للورك والنازل للعانة ، وتندغم في جذر البظر . ووظيفة هذه العضلات الثلاث الأخيرة توتير البظر عند الجماع .

أما الصفاق العجاني الذي يرفع لكشف العضلات السابقة الذكر فهو سميك ، ويتحد من الأمام بالصفاق المغطي للشفرين العظيمين وجبل الزهرة . ومن وراء يمر تحت العضلتين المستعرضتين للعجان . وخلف ذلك يغطي العضلة الرافعة للشرح ويكسو الحفرة الوركية المستقيمة ثم يمتد الى العضلات الألية . وإذا رفعت العضلات السابقة الذكر نشاهد المسافة المحدودة من الجانبين بالفروع النازلة للعانة والمكونة قاعدتها من العضلتين المستعرضتين للعجان ،

المضلة الرافعة للشرح بأقسامها الثلاثة: العانية المصعصية، والحرقفية المصعصية والوركية المصعصية التي تسمى أحياناً بالمضلة المصعصية . وهذه العضلات الثلاث أو بالأحرى الأجزاء الثلاثة مغطاة بالصفاق الحوضي من سطحها الحوضي . وهي تكوّن أرضية الحوض .

وتنشأ المضلة الرافعة للشرح - أولاً - من السطح الباطن لجسم العانة ومن الصفاق المجاور لها - ثانياً - من الصفاق المغطى للمضلة السادسة الباطنة على خط ممتد من الحافة الوحشية لجسم العانة إلى الشوكة الوركية . ويسمى هذا الخط بالخط الأبيض - وثالثاً - من السطح الحوضي للشوكة الوركية . وتجه الألياف من هذه المناشئ الثلاثة إلى الأسفل والانسية وتتحد بجدر المهبل من الامام وتحيط بها حتى قاعدة المثانة . ومن خلف تحيط القناة المستقيمة بنفس الصفة التي اندغمت بها على جدر المهبل . وبين هاتين القناتين تتحد العضلتان معاً في العضرد المتوسط بين فتحة الشرح والمصعص مكونتين الحجاب حاجز سفلى .

وعلى ذلك يلاحظ ان أرضية الحوض تكوّن من فوق ، من اجزاء المضلة الرافعة للشرح المغطاة بالصفاق الحوضي ، ومن المضلة العاصرة لقناة مجرى البول . أما من اسفل ، ومن السطح العجاني فأرضيته مكوّنة من المضلة الرافعة للشرح ، والعاصرة لقناة مجرى البول ، ومن الصفاق المغطى لسطحها الأسفل ، ومن عضلات العجان وهي المستعرضتان العجانيتان ، والعاصرة لفتحة المهبل ، والعاصرة لفتحة الشرح وصفاقاتها . وكذلك من الشحم والنسيج اللينى المكوّن للحفرتين الوركيتين المستقيمتين . أما الحجاب الحاجز الحقيقي للحوض فكوّن فقط من الرافعتين للشرح والعاصرة لمجرى البول والصفافين المغطيين لسطحيهما العلوى والسفلى .

ويلاحظ أن الصفاق الحوضي ينفذ بعض الأوعية ويتداخل بين الأنسجة المختلفة ، وقد يكون في بعض جهاتها التي سيأتى ذكرها فيما بعد ما يمكن تسميته بالأربطة المعلقة ، ولكنها في الحقيقة ليست أربطة ، ولو أنها تساعد في حفظ الأحشاء الحوضية في وضعها الطبيعي .

ففي داخل الحوض حينئذ توجد أعضاء التناسل ، وهى الرحم والبوقان والمبيضان ، منفصلة عن أرضية الحوض المقعرة بالصفاق المغطى لها . ويحفظ هذه الاعضاء في وضعها الطبيعي الرباطان العريضان ومحتوياتهما . والرباطان العريضان مغطيان كما مرّ القول بالبريتون . وتحت هذا البريتون يوجد نسيج عضلى رقيق على شكل شريحة من كل جهة تسمى بالپلاتزما الحوضية (Platysma) - أى العضلة العريضة السطحية الحوضية - وهى تساعد كثيراً في حفظ الرحم في وضعه الطبيعي . ومنها ينشأ الرباطان المبرومان الرحميان وهما عبارة عن حزمة من هذه العضلة مغطاة بالطبقة المقدمة البريتونية . وينشآن من جانبي الرحم العلويين ، ويتجهان الى الأسفل والوحشية حتى يصلا للفئاة الاربية . وفائدتهما جذب الرحم الى الأمام والأعلى . كذلك ينشأ منها الأربطة المعجزية الرحمية ، والأربطة المانية الرحمية وهى حزم ليفية أليافها متحدة بالألياف العضلية للعنق . وكلها تساعد في حفظ وضع الرحم خصوصاً الزوج الأول منها . ويوجد أيضاً في نسيج الرباط العريض كمية من الشحم تظلل نسيجه الخلوى والعضلى وظيفتها سند الرحم من كل جهة . كما انه يوجد فيه أيضاً عدة أوعية دموية وهى الأوعية الرحمية والمثانية ، وأوعية لمفاوية ، وأعصاب ، والجالبان ، وكلها محفوظة داخل غلافات صفائية عضلية . ومعظم هذه الغلافات موجود في أسفل الرباط العريض وتجه نحو عنق الرحم والمثانة والمهبل ويتحد بهذه الأنسجة بواسطة نسيج خلوى ليفى قوى جداً .

وحفظ كيان ووضع هذه الأنسجة جميعها يتوقف على متانة العضلة الرافعة للشرح لأنها متحدة بها تمام الاتحاد.

البريتون المحرض - هو على تمام امتداد البريتون الجدارى البطنى - فالبريتون الجدارى البطنى عند انعطافه على المثانة يكون حفرة صغيرة تسمى بالجيب المثانى الجدارى. ويختلف مركز هذا الانعطاف بحسب امتلاء المثانة فيرتفع عند امتلائها وينخفض عند خلوها. وقد يصل فى ارتفاعه حتى السرة. ولهذا الملاحظة مقدار عظيم من الأهمية فى عمليات فتح المثانة من أعلى العانة. ثم أن البريتون يكسو السطح العلوى للمثانة ويمتد على جانبيها حتى جدران الحوض، ويكون الأربطة الجانبية المثانية الكاذبة. والانخفاضات التى تكون على جانبي المثانة تسمى بالحفرتين الثانيتين الجانبيتين. وخلف المثانة يكون البريتون حفرة تسمى بالحفرة الثانية الرحمية. ثم ينعطف على السطح المقدم لجسم الرحم يلتصق بنسيجه التصاقاً يئناً بحيث يتعذر فصله منه. وعند خلو المثانة تهبط الحفرة المثانية الرحمية ويصير البريتون قريباً من السطح المقدم للعنق ولكن لا يلتصق به. ويتجه البريتون من جانبي الرحم لينطى الرباطين العريضين والرباطين المبرومين والبوقين. والمسافة بين البوق من أعلى والرباط المبروم فى اتجاهه الى الأسفل والوحشية تسمى بالرباط البوقى، وهى كما يرى جزء من الرباط العريض.

وتحد هذه الطبقة البريتونية التجويف المقدم للحوض. أما التجويف الخلقى فهو خلف أعضاء التناسل وأربطتها. ويتكوّن من انعطاف البريتون من الحافة العليا لقاع الرحم والبوقين ليكسو السطح الخلقى للرحم والعنق وجزءاً من المهبل. أما من الجوانب فيكوّن البريتون الطبقة الخلفية للرباط العريض، وينطى رباط المبيض، ثم يصل الرباط العريض من كل جهة الى جدار الحوض

بعد أن يغلف الرباطين القمعيين. أما المبيضان فيتصلان بالطبقة الخلفية للرباط العريض ولكن لا يغطيهما البريتون. وكذلك فتحنا البوق البطنيّتين لا تتغطيان بالبريتون. وفي الخط المتوسط عند ما ينمطف البريتون على السطح الخلفي للرحم يلتصق به التصاقاً شديداً الى حذاء الفوهة الباطنة حيث يضعف هذا الاتحاد لوجود نسيج خاوي بينهما. ثم يمتد البريتون أيضاً على الجدار الخلفي للمهبل لمسافة سنتيمتر أو أكثر ولكن يكون منفصلاً عنه بمقدار كبير من النسيج الضام والمواد الشحمية.

وفي التجويف الخلفي للحوض توجد حفرتان بريوتيتان واحدة على كل جانب وتسميان بالحفرتين الرحمتين العجزيتين، وحفرة خلف الرحم وتسمى رذب دوجلاس. وتفصل الأربطة العجزية الرحمية هذه الحفر بعضها عن بعض. وتشتمل الحفرة الرحمية العجزية على حفرة أخرى كالحفرتين المبيضيتين والحفرتين المستقيمتين الجانبيتين. أما رذب دوجلاس فمحدود من الأمام بالبريتون المغطى للسطح الخلفي للجدار المهبلّي ومن الخلف بالبريتون المغطى للسطح المقدم للمستقيم.

النسيج الخلوي الحوضي — من المهم جداً معرفة مركز النسيج الخلوي في الحوض ليس فقط لأنه يسند الأحشاء التناسلية، بل لكونه شديد التعرض للالتهابات وللتجمعات الصديدية والخراجات الفلغمونية في أحوال التسمات النفاسية. وهذا النسيج الخلوي على اتصال تام بالنسيج الخلوي الذي تحت البريتون البطني. وهو يكثر في المسافات التي بين الصفاقات في أرضية الحوض، ويوجد بكثرة بين طبقتي الرباط العريض وتحت البريتون المغطى للحفر التي خلف الرحم ورذب دوجلاس. ولكن

أهم موضع له هو الرباط العريض والمسافة الواقعة بين عنق الرحم والصفاق الحوضى الذى يغطى عضلات الحجاب الحاجز الحوضى .

✽ الغدة الثديية ✽

الثدى عضو غُدّي معد لافراز لبن الرضاع ، شكله نصف كروى ، وموضوع فى الجهة الجانبية للوجه المقدم للصدر . ويمتد فى اتجاهه العمودى من الضلع الثانى الى السادس . وفى اتجاهه الأفقى من الحافة الجانبية للقص الى الخط المتوسط للأبط .

والغدتان تنفرسان فى النسيج الخلوى الموجود تحت الجلد الذى لا يغطيها سطحياً فقط بل يفصلهما أيضاً عن العضلات المحيطة بهما ، ويمتد ما بين فصوصهما وفصيصاتهما فيصيرهما الملسين مستديرين .

وعلى قمة كل من الغدتين ارتفاع اسطوانى صغير هو الحلمة التى تقع على محاذاة المسافة الرابعة بين الاضلاع . ولون الجلد المغطى للحلمة يختلف بحسب لون المرأة فعند الشقراء يكون وردياً فاتحاً ، وعند السمراء يكون وردياً قاتماً .

ويحيط بالحلمة على مسافة سنتيمترين حلقة تشبهها فى اللون تسمى بالهالة . وتحت جلد الهالة مباشرة توجد النهايات المتسعة للقنوات الغدّية . ويوجد على سطح الهالة جملة درنات صغيرة بعضها متكوّن من تجمع افرازات الغدد الدهنية تسمى درنات موتغومارى ، وبعضها يتكوّن من وجود غدّد لبنية اضافية ، والبعض الآخر هو محل فتحات بعض قنوات الغدة الثديية نفسها .

والغدة الثديية مغلفة بطبقة من النسيج اللينى تفصلها عن الانسجة
الشحمية المجاورة لها . ويتفرع من هذه الطبقة الليفية حواجز تتداخل فى
نسيج الغدة فتقسمها الى فصوص وفصيصات . أما الفصوص فعدد ها عشرون
ولكل منها قناة خاصة . وكل القنوات تتجه نحو الحلمة . وقبلها تنتهى بقليل
يتسع قطرها ثم يضيق ثانياً ، وتتجه نحو قمة الحلمة حيث تتصل بالخارج بفتحة
ضيقة جداً . وفى مدة الحمل يكبر حجم القنوات . وفى بداءة الرضاع تمتلئ بسائل
صافٍ يحتوى على خلايا تشبه كرات الدم محتوية على نقط شحمية تسمى
بكرات الكولستروم .



الفصل الرابع

﴿ فسيولوجيا أعضاء التناسل ﴾

افرازات أعضاء التناسل والقناة التناسلية

للمبيض وظيفتان مهمتان اولاهما افراز البويضات التي تتكوّن منها الأجنة، والثانية تكوين افرازات باطنية تصب في الدم مباشرة، كسائر الغدد المدمجة الاقية. وللافرازات الباطنية تأثير على نظام التغذية العام للجسم. وهي تقوم باتحادها مع سائر الافرازات الباطنة للغدد الاخرى في الجسم بعدة وظائف خفية. ولكن يظهر ان الافراز المبيضي له دخل عظيم في تكوين الأملاح الجيرية في الجسم. وربما كان هناك تأثير مخصوص لافرازات الجسم الأصفر على نمو البويضة واندغامها في الغشاء الباطن للرحم.

وللبوقين أيضاً افراز زلالى ملحي يساعد على تريت التجويف البوق واتزلاق البويضات داخله. كما أنه يفضى البويضة في أثناء مرورها داخل البوق، وهو سائل شفاف وكثافته واطئة.

ويفرز جسم الرحم سائلاً رائقاً مخاطياً، وكميته قليلة جداً إلا قبل الطمث مباشرة واثناؤه فانها تزداد. وتقوم بافرازه الغدد المخاطية الموجودة داخل التجويف. ويفرز عنق الرحم بواسطة غدده سائلاً كثيفاً مخاطياً أبيض قوامه لزج كميته قليلة وتكثر مدة الحمل والطمث. وكل هذه الافرازات، الرحمية منها والبوقية، قلوية التأثير.

المهبل — يترطب المهبل دائماً بسائل شفاف مائع حمضى خفيف. وينفرز هذا السائل بالترشيح، لأن عدد الغدد في جدران المهبل قليل جداً أو معدوم بالمرة.

أما افرازات أعضاء التناسل الظاهرة فلها مصدران : —

- (١) غدتا برثولين ، وفائدة افرازهما تزييت الفرج وقت الجماع . وهو سائل لزج شفاف ويحتوى على كمية كبيرة من المخاط .
- (٢) الغدد الدهنية والعرقية شبيهة نظيراتها فى سائر أجزاء الجلد .

﴿ البلوغ ﴾

يتم البلوغ عند البنات بظهور الطمث وتكون الصفات المميزة للجنس .
ويتبدئ عادة عند المصريات فى السنة الثانية عشرة الى الرابعة عشرة ، وقد يظهر فى السنة الحادية عشرة ، ويندر قبل ذلك .

وقبل ظهور الطمث تحصل عدة تغيرات فى المجموع العصبى والجميع الاخرى للبنات ، فيبتدئ الحياء عندها ويقل اختلاطها بالصبيان ، وتكتسب الوداعة النسائية . وتم هذه التغيرات كل أخلاقها وطبائعها . وفى هذه السن تجب ملاحظة الفتاة بكل تدقيق اذ كثيراً ما تنتابها الأمراض العصبية والهستيرية حين تكون هذه التغيرات النفسانية آخذة فى الحدوث . وأما شكل جسمها فيأخذ فى التغير ليتحول تدريجياً الى شكل المرأة النهائى . وأول ما يلاحظ ظهوره هو نمو الشعر فى الأبطين وعلى جبل الزهرة ، وكبر الثديين واستدارتهما . وبعد ذلك بقليل تحصل ارتشاحات شحمية فى بعض أجزاء الجسم فتسمن الأليتان ، والفخذان ، وجبل الزهرة ، والثديان ، والكتفان ، والعنق . ويكون هناك ميل عام للاستدارة والسمن فى كل أجزاء الجسم . وكأن غرض الطبيعة من هذا التطور ، جمال المنظر على العموم بغية اجتذاب الذكر .

زد على ذلك أنه يحصل أيضاً نمو ظاهر فى أعضاء التناسل فيكبر الرحم

ويأخذ شكله البلوغى ، أى أن الجسم يكبر حتى يصير أطول من العنق . وكذلك يبتدىء ظهور حويصلات جراف فى المبيضين . ويظهر ان ظاهرة التبويض تحصل قبل ظهور الطمث لثبوت حصول الحمل عند بنات كثيرات قبل ظهور الحيض عندهن .

ومن المفهوم أن للافراز الباطنى للمبيض خصوصاً ، وسائر الغدد التى لا قناة لها عموماً ، تأثيراً عظيماً فى كل التغيرات التى تحصل وقت البلوغ . ولكن المحقق ان نمو الرحم متوقف على تأثير المبيضين . لأنه فى الأحوال التى يستأصل فيها المبيضان يقف نمو الرحم ويبتدىء ضموره .

وعند البلوغ يتلون جلد أعضاء التناسل الظاهرة بلون أسمر ، ويظهر الشعر عليه ويتضخم الشفران العظيمان حتى يغطيا سائر أعضاء التناسل الظاهرة . ويلاحظ بلير بل (Blair Bell) ان حصول الطمث له علاقة بازدياد الأملاح الجيرية فى الدم . وهذا الازدياد ناشئ من تأثير الافراز الباطنى للمبيض وسائر الغدد التى لا قناة لها . ويمكن وصف تأثير هذه الأملاح بالاختصار كما يأتى :

(١) ان أملاح الجير ضرورية لنمو الجسم ولتعويض الضرر الحاصل فى كل الاصابات العرضية ، ولذلك فان ظهور الطمث واستمرار دورته يتوقفان على صحة الجسم وعلى وجود أملاح الجير فى الدم بكمية كافية . ويؤيد ذلك أن الطمث يكون عادة قليلاً أو معدوماً فى الأمراض المضعفة التى يتسبب عنها فقد عظيم فى أملاح الجير . وكذلك مدة الرضاع أيضاً لخروج كمية وافرة من أملاح الجير فى اللبن :

(٢) ان انقباضات الرحم تتوقف على وجود أملاح الجير فى الدم .

(٣) ان أملاح الجير لها تأثير كبير في ميكانيكية تمدد وانقباض الأوعية التي يتوقف عليها انتظام حركة الطمث .

(٤) انه يوجد في النساء عادة كمية اضافية من أملاح الجير تقوم بكل ما يلزم لنمو الجنين في أحوال الحمل والرضاعة حين يكثر الطلب على هذه الأملاح . وفي غير أوقات الحمل ينفرز الزائد من هذه الأملاح في دم الطمث . في وظيفة الطمث — يحدث الطمث عادة كل ثمانية وعشرين يوماً ولكن يختلف هذا النظام باختلاف النساء . فأما ان تقل مدته الى أحد وعشرين يوماً أو أن تزيد الى اثنين واربعين يوماً . ويكون الطمث عادة في ابتداء ظهوره غير منتظم ، وربما ظهر لأول مرة ثم اختفى لمدة تتراوح بين شهرين وسنة ، ثم ظهر ثانية بانتظام . وتحقق عادة كل أعضاء التناسل مدة الطمث . ويلين كل من الرحم والعنق وجدر المهبل .

وربما احتوى المبيض بعد الطمث على جسم أصفر دلالة على انه حصل تبويض . ولكن ليست هذه قاعدة ثابتة ، كما ثبت ذلك من التشريح المرضي على المتوفيات أو في العمليات البطنية بعد الطمث .

أما الرحم فهو مصدر السائل الطمثي الذي يدوم عادة نحو ثلاثة أو أربعة أيام . وتنقسم الدورة الطمثية عادة الى أربعة أدوار — أولاً — الدور الذي يعقب الطمث ويمكث من اليوم الرابع لغاية اليوم الثاني عشر . ثانياً — الدور ما بين الطمثين ومدته من اليوم الثالث عشر لغاية اليوم العشرين . ثالثاً — الدور قبل الطمث ومدته من اليوم الحادى والعشرين لغاية اليوم الثامن والعشرين . رابعاً — الدور الطمثي من اليوم الاول لغاية الثالث . ولا يغيب عن الذهن أنه لا يوجد أى فاصل حقيقى بين هذه الادوار بل ينتهى كل دور بابتداء الآخر . وفي الدور الذى يعقب الطمث تكون الغدد التي

في الغشاء المبطن للرحم فارغة ووافقة عن العمل . ويكون الغشاء نفسه رقيقاً وانمياً . وفي الدور ما بين الطمثين تأخذ الأوعية الدموية في الامتلاء تدريجياً حتى أنه في نهاية الدور يكون الغشاء محتقناً . وفي الدور الذي يسبق الطمث يكون الغشاء المخاطي شديد الاحتقان وسميكاً وتكون الغدد في عمل مستمر وتفرز مخاطاً كثيراً . وفي الدور الطمثي ينفرز من الغشاء مخاط ودم . أما سبب نزف الدم فهو تأكل جدر الأوعية الشعرية بتأثير الترسين الموجود في المخاط الذي تفرزه الغدد .

والطمث نزف حقيق يحصل من تمزق الاوعية الدقيقة الرحمية ، وقد يكتسح معه كل الانسجة السطحية للغشاء المخاطي ولا يبقى منه الا الطبقة الفائرة فقط ومنها تتجدد الانسجة في كل دورة .

وتبلغ كمية السائل الطمثي نحو خمسين أو ستين سنتيمتراً مكعباً . ويكون السائل في الاربع وعشرين ساعة الاولى خفيفاً ولونه فاتحاً ، ولكنه يدكن بسرعة حتى يصير دماً صرفاً . وبعد اليوم الثالث يقف النزف ويكون الافراز عبارة عن مصل أسمر عكر يتقطع تدريجياً بعد يوم أو اثنين . وهو يحتوي على مقادير من الأملاح الجيرية اكثر مما في الدم العادي بكثير . ويحتوى أيضاً على مقادير كبيرة من الميوسين .

ويلاحظ أن الدم الطمثي لا يتجمد وذلك لعدم احتوائه على خيرة الفيبرين والفيبروجنين .

الاضطرابات العمومية التي تحدث وقت الطمث — تكون هذه الظاهرة عند الحيوانات غير مصحوبة بأى اعراض مرضية سوى ازدياد في الشهوة التناسلية . اما عند النسوة فقليل منهن من تتوعلن . وتكثر عصبية بعضهن قبل الطمث مباشرة ، ويصرن قابلات للتهيج السريع . ويرتفع عادة عدد

النبضات . ويشد الضغط الدموى والحرارة قبل الطمث مباشرة . وكذلك
تكثر نسبة املاح الجير فى الدم وتوتفع قليلاً قبل الطمث ولكنها تهبط
بعده مباشرة .

وتحصل عادة آلام فى الظهر أو فى البطن ، قد تكون مسببة عن
ازدياد كمية الدم من الاوعية واحتقانها . أما اذا كانت الآلام شديدة فقد
تكون مسببة عن حالة مرضية . وتأخذ هذه الأوجاع فى الزوال عند ظهور
الطمث . وكثيراً ما تشتد آلام الدماغ فى هذا الوقت . ومن المحقق ان
المناعة الطبيعية ضد الأمراض المكروية تقل كثيراً فى وقت الطمث .

اما وظيفة الطمث فهي فى الحقيقة غير معروفة تماماً حتى الآن وجميع
النظريات التى قيلت فى هذا الصدد ليست كافية لتفسير هذه الظاهرة تفسيراً
مقنعاً ولذلك ضربنا صفحاً عنها .

ويرى بليريل أن أهم وظيفة للطمث هي افراز الأملاح الجيرية الزائدة
التي تتجمع فى الدم بسبب عدم استعمالها فى غير أوقات الحمل . أما فى اثناء
الحمل فينقطع الطمث لأن الأملاح الجيرية الزائدة تدخل فى تركيب جسم
الجنين وكذلك مدة الرضاع لأنها تدخل فى تركيب لبن الرضاع .



الفصل الخامس

الفسيولوجيا العمومية للحمل

ان وجود بويضة حية في الرحم ينشأ عنه سلسلة تغيرات لا تقتصر على الرحم فقط بل تم الجهازات الأمية جميعها . وقد اتضح حديثاً أن تنوعات هامة تحصل في الغدد العديدة الأقية (كالغدة الدرقية والنخامية) وفي مصلى الدم .

الغدة الثروية — لا تصل هذه الغدة الى تمام نموها الا اذا حملت المرأة وارضعت طفلها . وهي تختلف كثيراً في الشكل عند اللواتى لم يلدن واللواتى ولدن ، وسبب ذلك انه يطرأ على هذه الغدد تغيرات كثيرة عند بكرات الحمل ، وتبقى بعض هذه التغيرات بصفة دائمة حتى بعد انقطاع الرضاع . ففي الحمل الأول تكبر الغدتان ليس فقط بسبب تضخم الأقية الغددية ، بل ايضاً لازدياد النسيج الخلوى . وتبدأ هذه التضخمة من أواخر الشهر الثانى ولكنها قد تتأخر في الظهور الى أوائل الشهر الرابع .

التفاعل المصلى في الحمل — قد اكتشف ابرهالدن (Abderhalden) ان مصلى الحامل يحدث تفاعلاً خاصاً أطلق عليه اسمه (تفاعل ابرهالدن) . ويبنى هذا التفاعل على النظرية المعروفة ، وهي انه اذا أُدخل الى الدم مادة عضوية غريبة عنه يتكوّن فيه خميرة لها القدرة على ابادتها . فاذا حقن فيه مقدار من سكر القصب مثلاً تتكوّن فيه خميرة تحلله . والخميرة التى تتكوّن في الدم لا تفعل فعلها الا في المادة الخاصة بها فالخميرة التى تتكوّن عند حقن سائل سكرى في الدم تختلف عن التى تتكوّن اذا حقنت فيه مادة زلاية . ونظرية

أبدرها لدن مبينة على أن دم الحوامل يحتوى على خميرة تستطيع اباداة خلايا المشيمية السابجة فى الدم ، وهى التى تصل اليه عند رجوع الدم من البورة المشيمية .

أما تفاصيل هذا التفاعل فكثيرة التعقيد ، لأنه لا يمكن اثبات وجود الخميرة نفسها فى الدم، فقط يمكن الاستدلال على وجودها بالعثور على متخلفات التحلل الذى يطرأ بتأثيرها على الخلايا السلائية اذا أخذ جزء من مصل الحامل ووضع مع قطعة من مشيمة فى محضنة (incubator) .

وهذه الخميرة لا توجد فى دم الجنين ولا فى دم المرأة التى ليست حاملاً . وقد شرح أبدرها ان الطريقة التى يستطيع بها اثبات وجود هذه الخميرة فى الدم، وأشار باتباعها كاحدى الطرق التشخيصية للحمل . ولكنها طريقة كثيرة التعقيد لا يصح الاعتماد عليها . وقد تشعبت الاراء فيها فالبعض يحكم بانه قد حصل على نتائج ايجابية عند المصابات بالسرطان، ولو كن غير حوامل، وعند غيرهن ايضاً . غير أن البعض الآخر مثل وليمسون يؤكد بأن النتائج الايجابية لا يحصل عليها الا فى الحمل سواء أكان داخل الرحم أم خارجه . انما المهم فى هذا الموضوع انه أثبت ان الأم تمتص باستمرار من المشيمة مواد ضارة بها ، وانه يتكوّن فى الدم مادة تقاوم تأثيرها المضر . وربما كان ذلك الامتصاص سبب كثير من التسممات الدموية المحلية، إما لتجمع هذه المواد المشيمية بكثرة غير عادية ، أو لعجز الجسم عن تكوين الخميرة التى تفسدها .

﴿ تكون البويضة ﴾

المبيض هو العضو الذى تتكوّن وتتجمع فيه البويضات . وتخرج هذه البويضات من المبيض فى فترات معينة من وقت البلوغ الى سن اليأس .

ومركز هذه البويضات هو الحويصلات المبيضية المعروفة بحويصلات جراف . ففي أول أمرها تكون على عمق مختلف من سطح المبيض ، ثم تأخذ في الدنو من السطح ، ويكبر حجمها وتكثر كمية السائل الذي فيها . ومتى انضجت الحويصلة انفجرت وخرجت منها البويضة الى تجويف البريتون . وقد تحتوى الحويصلة الواحدة على بويضتين أو ثلاث . وقد يحصل ان تنفجر الحويصلة وتبقى البويضة لاصقة بها ، فاذا اتفق ان وصل الحيوان المنوى ولقحها حصل الحمل المبيض . أما البويضة فهي خلية كبيرة قطرها ٢٠ مكر ومليمتر ($\frac{1}{20}$ مليمتر) وتتكون من غلاف يسمى بالمنطقة الشفافة يحتوى على الملح وهو مادة بروتوبلازمية حيوية ، ويحتوى أيضاً على النواة والنوية . وقد تحتوى البويضة الواحدة على نواتين والنواة على نويتين . ومتى أطلقت البويضة من حويصلة جراف يبقى لاصقاً بها بعض الخلايا التي تكون مبطننة للحويصلة ، ولكنها متى وصلت الى البوق تزول هذه الخلايا . وليس للبويضة قوة الحركة الذاتية ولكن التيارات البريتونية تحملها الى البوق الأقرب لها ، وأحياناً الى بوق الجهة المقابلة . ومتى وصلت الى البوق تتعاون انقباضات الطبقة العضلية للبوق مع حركات الخلايا ذات الأهداب المبطننة للطبقة المخاطية في دفعها الى التجويف الرحمي . ومتى خرجت البويضة من حويصلة جراف نظراً عليها التغيرات التي سبق شرحها في الكلام على تشريح المبيض . وتنتهى هذه التغيرات بتكون الجسم الأصفر الذي ثبت الآن ان له دخلاً بنمو البويضة .

✽ علاقة الطمث بنضوج البويضة ✽

لا شك في أن هناك علاقة ما بين الطمث وبين نضوج البويضة . ولكن لا يعلم حتى الآن ما اذا كانا يحصلان في وقت واحد ، أو أن أحدهما يسبق الآخر أو يتبعه . ومن الأدلة على وجود هذه العلاقة ان الحمل يحصل على

الأكثر عند المنتظمات في الطمث ، وانه يحصل في الغالب في بضعة الأيام التي تتلو انتهاء الدور الطمثي . ولكن كثيراً ما تخرج البويضات من المبيض ولا يحصل الطمث ، بل قد تخرج البويضة وتلقح وتدخل التجويف الرحمي ويحصل الحمل في فترات انقطاع الطمث أو قبل البلوغ أو بعد سن اليأس مما يثبت ان هذه العلاقة وان كانت موجودة فليست مطردة :

وقد درس جبهارد وسلايم تشريح الأرحام الطامثة في مرضى استؤصل منهن الرحم أثناء الطمث ، فوجدوا أن أول تغير يحدث هو احتقان وتورم في الغشاء المخاطي ، مصحوب بامتلاء الأوعية الدموية ، وبالأخص في الأوعية الشعرية السطحية . أما الغدد فتستطيل وتتسع قنواتها بلا انتظام ، فيعطيها ذلك شكلاً بريئاً . وإذا عمل فيها قطاع طولى وجدت مجزأة بسدود عرضية . يشاهد عليها كثير من البشرات المخاطية المتكاثفة .

أما النسيج الخلوي الموجود بين الغدد فيزداد حجمه ، وتقل صلابته ، ويرتشع في بعض جهاته بالكرات البيضاء . ثم يتلو ذلك حصول أثر في الأنسجة الخلالية ، وبالأخص تحت الطبقات السطحية للبشرة المخاطية فتسبب انفصال بعض قطع منها . وأجزاء البشرة التي تتعرض هي التي ينزف منها معظم دم الحيض . أما بقية الدم فتنزف من الغشاء المخاطي المحتقن . ودم الحيض يختلط بمقدار كبير من المخاط الذي تفرزه الغدد الرحمية . ولا يشترك الغشاء المخاطي للعنق في أحداث الطمث إلا قليلاً . وإذا تلقحت بويضة تحصل في الغشاء المخاطي الرحمي تغيرات كثيرة تنتهي بتحوله الى الغشاء الساقط للبويضة . اما اذا لم يحصل الحمل فيزول الاحتقان ، وتنفط البقع التي تعرت من البشرة بطبقة بشرية جديدة ، وتهدأ الغدد ويرجع الغشاء المخاطي الى دور السكون . ولا يختلف الغشاء المخاطي للرحم وقت الطمث عن الساقط إلا في أن الأخير يكون مشتملاً على الخلايا الساقطة الخاصة به .

الفصل السادس

تكوين البويضة ونموها

السائل المنوي *

الحمل هو نتيجة اتحاد عنصرى التوليد فى الذكر والأنثى ، أى الحيوان المنوى والبويضة. أما الحيويون المنوى فينفرز من الخصية، وتنفرز البويضة من المبيض. والخصيتان والمبيضان عند الجنين تتكون من أنسجة متشابهة، وهى الثنيات الجرثومية التى هى داخل أجسام وُلُف. ففى الذكور تتكون البشرة الجرثومية لهذه الثنيات، القنوات المتعرجة للخصية، وفى الإناث تتكون حويصلات جراف. وتشابه الخصيتان والمبيضان فى أمر آخر، وهو أن لكل منها افرازاً باطنياً. وكذلك تولد الحيويونات المنوية شديدة الشبه بتولد البويضات. ولكن لما كانت وظيفة الحيويون المنوى تقضى بأن يكون العنصر الأكثر جرّة هو الذى يسمى وراء البويضة ليلقحها فقد أمّدتّه الطبيعة بشكل يجعله سهل التحرك. فجعلته أصفر خلايا الجسم، وجردته من كل ما يعيق حركته. ولم يبق إلا على ما هو ضرورى للتلقيح، فى حين أنها جعلت البويضة أكبر خلايا الجسم لأنها هى المكلفة بامتصاص الغذاء اللازم لنموها فى حياتها الجديدة بعد التلقيح.

والحيويونات المنوية سميت جيوينات لأن مكتشفها هام وليهانوك (سنة ١٦٧٧) ظنّها كذلك خطأ. ولكن ظهر بعد ذلك أن منشأها من الخلايا البشرية. وفى سنة ١٧٦٨ أثبت سيالانزى أنها العنصر المخصب فى المنى.



(شكل ٢٧)

رسم صوري

١ — العنق

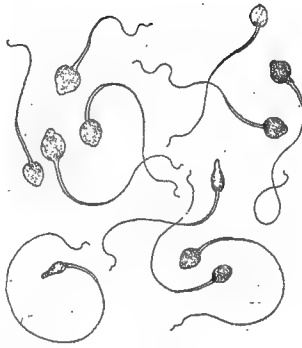
٢ — الطبقة الخلوية

٣ — الطبقة الظاهرة

٤ — الصفيحة المغلفة

٥ — الخيط المحوري للذيل

٦ — الجزء الانتهائي



(شكل ٢٦)

حيوانات منوية مكبرة

والحيويونات المنوية تتكوّن في القنوات المتفرجة للخصية وليست في الشبكة ولا في البربخ. وحوافى هذه القنوات مغطاة بطبقات منضدة من الخلايا البشرية التي تشبه في منشأها البشرة الجرثومية للبيض. وإذا عملنا قطعاً ميكروسكوبياً لهذه القنوات نجد أنها لا تعمل كلها في وقت واحد في تكوين الحيويونات، بل بينما يكون بعضها مشتغلاً يكون البعض الآخر واقفاً عن العمل. كما أننا نجد بعض الحيويونات المنوية التي فيها تام التكوين والبعض

الآخر في درجات مختلفة من النمو . واذا نظرنا الى (شكلى ٢٦ و ٢٧) نجد صور هذه الحيوينات المنوية كما ترى تحت الميكروسكوب . ويبلغ طول الحيوين المنوى ٥٥ ميكرومليمترا . أما رأسه فيبضى الشكل مفرطح ، والعنق قصير ومحجب ، والذيل طويل وينتهى باستطالة لا غلاف لها .

ولهذه الكائنات قدرة كبيرة على الحركة وتحمل الموارض . أما الحركة فتقوم بتعرج الذيل (توجه) . أما مقاومة هذه الكائنات للموارض فغريبة فقد تُشْلَج فتظهر كأنها ميتة . ولكنها متى سخنت قد تعود الى الحركة . والاحماض تقتلها بينما القلويات الضعيفة تساعد على الحركة . وقد تعيش في الحفنة (Incubator) تسعة أيام ، وفي البول الآسن من يومين الى ثلاثة أيام . وتعيش في قنوات فاللوب لا أقل من ثلاثة أسابيع . وتعيش في الوطاويط ستة شهور وفي الدجاج ثمانية عشر يوما .

وتخرج الحيوينات التامة التكوين من الخصية الى البربخ على شكل كتل عالقة في قليل من السائل . ومتى وصلت الى البربخ تنفجر الكتل فتخرج منها الحيوين وتبدأ في الحركة الذاتية وتساعد على ذلك الافرازات البروستاتية . ويساعد على مرور المنى في القناة الناقلة انقباض هذه القناة وارتخائها ، وكذلك أهداب البشرة المبطن لها . ومتى وصل المنى الى صيوان القناة الناقلة تجمع هناك الى أن ينزل في نهاية الجماع . وفي خروجه يتحد مع مزيج مركب من افراز الحويصلات المنوية ، وغدد كوبر ، والبروستاتا ، وغدد مجرى البول . ويظهر أن الحويصلات المنوية ليست مستودعا للمنى كما كان يظن بل هي غدد تفرز سائلا ثخيناً أصفر مكوّناً من الجلوبيولين . وربما كانت وظيفتها أيضاً امتصاص المنى الذى لا يستعمل .

المنى — هو سائل غروي قشطي أصفر مبيض ، قلوى التأثير ، له رائحة خاصة به تنشأ من اختلاطو بافرازات الغدد السالفة الذكر ، وأخصها افراز البروستاتا المسمى بالسپرمين (منين) . وتختلف الكمية التى تخرج وقت الإزال من جرام الى عشرة جرامات أو تزيد ، ومتوسطها ٣ جرامات . ويتألف المنى من الحيويينات المنوية والخلايا المنوية وخلايا بشرية وكرات بيضاء وبلورات . وقد يبلغ عدد هذه الحيويينات فى ازال مرة واحدة ٢٢٧ مليوناً . ولا شك فى أن أغلبها يموت من تأثير الافراز المهبلى الحامض . واذا تكرر الجماع فى وقت قريب جداً يقل عدد الحيويينات ثم ينعدم بالمرّة ، ولكنه يعود الى حالته الطبيعية بعد راحة بضعة أيام .

وثقله النوعي يتراوح بين ١٠٢٧ و ١٠٤٦ ويتألف من ٩٠ ٪ من الماء و ٦ ٪ من الميوسين (Mucin) و ٤ ٪ الباقية تتألف من مواد زلالية ودهون وأملاح .

﴿ تلقيح البويضة وانغراسها ﴾

تتلقيح البويضة باتحادها مع الحيويون المنوى ، وهما يتقابلان غالباً فى البوق . ثم تدخل البويضة للمقعة الى الرحم مدفوعة بانقباض البوق ومساعدة أهداب البشرة المغطية لطبقته المخاطية . أما الحيويون المنوى فله حركة ذاتية يقوم بها ذيله الطويل تجعله يسير الى البوق عابراً المهبلى والرحم محمولاً فى طبقة السائل الرقيقة التى تغطى الغشاء المخاطى . وفى بعض الحيويينات يصل الحيويون المنوى الى البريتون فى بضع ساعات .

أما فى النساء فقد وجدوا أن المدة لا تتجاوز أربع وعشرين ساعة . فإن

لم تصادف الحيويينات المنوية بويضة في البوق فقد تبقى في ثنياته أياً ما إلى أن تتم المقابلة .

وقد وجدوا في بعض التجارب التي عملت أن الحيويينات المنوية ظلت حية في بوق استؤصل جراحياً بعد الجماع بأربع وعشرين يوماً .

وقبل اتحاد البويضة بالحيويين المنوي تحصل فيها بعض التغيرات فان جزءاً من نواتها ينفصل عنها محاطاً بمادة بروتوبلازمية ، ويتجه نحو الغلاف

(الطبقة الشفافة) . ويسمى هذا الجزء المنعزل بالكرية



القطبية ، ووظيفة هذه الكرية غير معروفة لأنها تختفي

(شكل ٢٨)

سريعاً . وتحمل هذه الكريات وقت انفصالها نصف المادة

المألونة التي كانت موجودة في الحويصلة الجرثومية (النواة) . بويضة عمرها ١٤ يوماً

وربما كان لوجودها دخل في انتقال الصفات الوراثية . ومتى تقابل الحيويين

المنوي مع البويضة يمتزج رأسه طبقتها الشفافة وينفصل ذيله ويختفي .

والبويضة البشرية قطرها $\frac{1}{10}$ ملليمتر فيمكن مشاهدتها بالعين المجردة . أما

الحيويين المنوي فطولها ٥٥ ميكرومليمتر فلا يرى

الآ بالمجهر . ومتى دخل رأس الحيويين المنوي إلى

البويضة انقسم إلى جزئين . وتنقسم النواة إلى جزئين

الشكل أيضاً ثم تتحد الأربعة الأجزاء مكونة نواة مغزلية

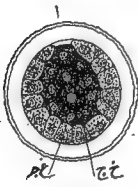
تحتوي على مادة ملونة (عرى كرومية أو كروموزوم) ،

نصفها مأخوذ من الحيويين المنوي ، والنصف الآخر

من البويضة . وتسمى البويضة الآن بويضة ملفحة .

ومتى تم ذلك يحصل في البويضة سلسلة حركات

تنتهي بتكوّن الأجهزة المختلفة للجنين أساسها تجزؤ



(شكل ٢٩)

يشير إلى انقسام الخ

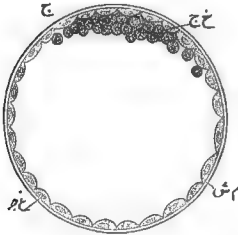
وامتلاء البويضة بخلايا

الانقسام . خ ج خلايا

جرثومية . غ ج الغشاء

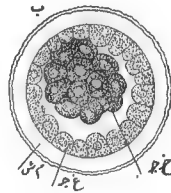
الجرثومي

الخلية . ويبدأ هذا التجزء بانقسام النواة الى جزئين يتراجعا الى قطبي البويضة . ثم تنقسم البويضة الى جزئين متساويين بخط يظهر في وسطها ، ثم ينقسم كل من الجزئين في دورهما الى جزئين آخرين . وهكذا حتى تتكوّن كتلة من الخلايا داخل البويضة . ثم يفرز سائل في وسط هذه الكتلة فتتحول الى حوصلة تسمى بالحوصلة البلاستودرمية . ثم يأخذ هذا السائل في الازدياد بكثرة ، فيضغط الخلايا فتتفرطح وتراجع نحو غلاف البويضة وترتب نفسها في ثلاثة صفوف أو طبقات تتكوّن منها كل أنسجة الجسم فيما بعد . فالطبقة الظاهرة تسمى بالاكتودرم ، والباطنة بالاندودرم ، والوسطى بالميزودرم .



(شكل ٣١)

يشير الى ازدياد السائل الشفاف وتحول البويضة الى حوصلة جرمومية . ع ج خلايا جرمومية . م ش منطقة شفافة . ع ج غشاء جرمومي

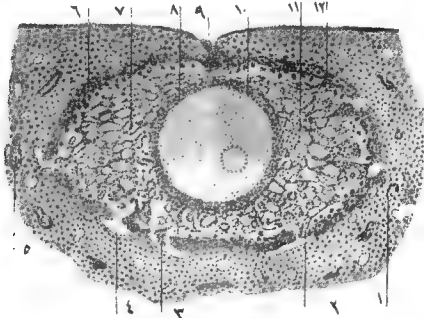


(شكل ٣٠)

يشير الى ابتداء تكون السائل الشفاف داخل البويضة . ع ج خلايا جرمومية . ع ج غشاء جرمومي . م ش منطقة شفافة

وفي البويضة البشرية يكون للطبقة الاكتودرمية أهمية عظيمة وتسمى تروفوبلاست . وقبل تكوين الطبقة الوسطى أو الميزودرم تتكاثر الخلايا في نقطة من الطبقة الاكتودرمية . وتسمى هذه النقطة الكثيفة بالبقعة المضغية ومنها يتكوّن جسم الجنين فيما بعد . ثم يظهر في هذه البقعة ميزاب يتكوّن منه العمود الفقري . وسيأتى الكلام على ذلك في صفحة ١٠٠ .

وقد وصف برايس وتيتشر بويضة حصلا عليها من حالة اجهاض تام، وكان عمرها اسبوعين . وقد وجد البويضة منفردة تماماً في الساقط . كما ترى (في شكل ٣٢) ففي أعلا الشكل تجد نقطة منخفضة عن مسطحه



(شكل ٣٢)

رسم صوري لبويضة برايس وتيتشر . تجد تجويف البلاستوسست مملوء بخلايا الميزوبلاست وتجد منفرداً فيها الحويصلات الامنيوسية والانتودرمية . والفلاف الظاهر للبلاستوسست مكون من خلايا السيتوتروفوبلاست وبين هذا الفلاف والساقط تجد شبكة من خلايا البلازموديوم تروفوبلاست تصالها ببعضها . وخارج هذه الشبكة تشاهد طبقة الساقط المائنة وكذلك تشاهد بعض كتل من خلايا البلازموديوم بجناحة الاوعية الشعرية للساقط .

١ و ٥ — غدة	٧ و ١١ — سينسيوم أي
٢ و ٣ — خلايا البلازموديوم مختزقة	تروفوبلاست بلازمودي
الوعية الشعرية	٨ و ١٠ — سيتو تروفوبلاست
٤ — اوعية شعرية	٩ — نقطة انفراس البويضة
٦ — طبقة الساقط المائنة	١٢ — طبقة الساقط المائنة

وهي النقطة التي اخترقتها البويضة لتنفرس في الساقط . والكيفة التي بها يتسنى للبويضة أن تحترق الساقط هي أن خلايا التروفوبلاست التي سبق شرحها في الكلام على الاكتودرم لها خاصية تقدر بواسطتها على اختراق الأنسجة الأمية فتى وصلت البويضة للرحم تحترق هذه الخلايا الغشاء المبطن للرحم وتنفرس البويضة فيه . وبعد ذلك تأخذ خلايا التروفوبلاست في التولد

السريع حتى تتكوّن منها طبقة كثيفة حول البويضة . وتتألف هذه الطبقة من نوعين من الخلايا : النوع الأول وهو الذى يحيط بسطح البويضة على شكل شبكة يتكون من أزرار برونو بلازمية لها نواه ولكن ليس لها شكل الخلايا ويسمى السينيسيشوم أو بلازمودى تروفوبلاست . والثانى كتل من خلايا منتظمة تتخلل شبكة السينيسيشوم وتسمى سيتو تروفوبلاست . والسينيسيشوم هو الذى يخترق أنسجة الأم لتنفرس فيها البويضة .

وإذا تأملنا (شكل ٣٢) نجد على حافة المنطقة التروفوبلاستية كثيراً من الأوعية الشعرية الأمية وقد اخترقتها خلايا التروفوبلاست . وهذا هو السبب فى وجود مقدار من دم الأم فى المسافات الواقعة بين الخلايا التروفوبلاستية وبعضها . ويقوم هذا الدم بتغذية المعلقة . ومتى كثرت كميته يأخذ فى الدوران حول البويضة .

وقبل أن نشرح التغيرات التى تطرأ على البويضة بعد ذلك سنشرح التنوعات التى تحصل فى الرحم نفسه ، وهى تنحصر فى تكوّن الساقط الذى يكون فيما بعد الغشاء الثالث أو الظاهرى للجنين فنقول : أنه متى انفردت البويضة فى الغشاء المبطن للرحم يتحوّل جزؤه المبطن للجسم الى ساقط . أما الجزء المغطى للعنق فلا يتغير إلا قليلاً ، ومتى كبرت البويضة قليلاً نجد أنه من الممكن أن يميز للساقط ثلاثة أجزاء : (١) فالجزء الواقع ما بين البويضة والرحم يسمى بالساقط القاعدى ، (٢) والجزء الواقع فوق البويضة يسمى بالساقط المغلف ، (٣) وبقية الغشاء المبطن للرحم يسمى بالساقط الحقيقى . ولا تختلف هذه الأجزاء عن بعضها فى التركيب . وهى كما سبق القول لا تختلف كثيراً عن الغشاء المخاطى المبطن للرحم . ويمكن التمييز ما بين الاثنين تحت الميكروسكوب بأن فى الساقط يمكن تمييز طبقتين : الطبقة الملاصقة

للرحم ، والطبقة السطحية . فالطبقة السطحية تتألف من خلايا متنوعة من النسيج الخλώى متكاثفة على بعضها تكاثفاً يجعلها تنضغط وتفرطح وتأخذ شكلاً كثير الأضلاع أو كروياً أو بيضاوياً وتكون نواتها كبيرة وكروية . وتسمى هذه الخلايا بالخلايا الساقطية . ويتخلل هذه الخلايا كريات حمراء وبيضاء . أما الطبقة العميقة أى الملاصقة للرحم فأهش وأقل صلابة من السابقة ، ويتخللها كثير من الغدد الرحمية المتمددة .

ويمكن حصر أوجه الاختلاف ما بين الساقط والغشاء الرحمى فيما يأتى :

- (١) ظهور الخلايا الساقطية .
- (٢) ضخامة وتمدد الأجزاء الفائرة من الغدد الرحمية .
- (٣) ازدياد مقدار الدم فى الأوعية حتى تصير أشبه بالجيوب الوعائية ، وحصول أنزفة فى نسيج الساقط .
- (٤) تعرى سطح الساقط فى كثير من النقط من بشرته السطحية .
- (٥) ازدياد سمك الساقط حيث يبلغ سنتيمترين ، فى حين أن الغشاء الرحمى لا يزيد عن ملليمتر واحد .

ويأخذ الساقط الحقيقى فى التضخم كلما تقدم الحمل حتى يبلغ معظمه فى نهاية الشهر الثانى . وفى نهاية الشهر الثالث تكون البويضة قد ملأت تجويف الرحم ، فيلتصق الساقط الحقيقى بالساقط المغلف . وفى نهاية الحمل يكون الساقط قد انضغط لدرجة تجعل تمييز طبقتيه مستحيلاً .

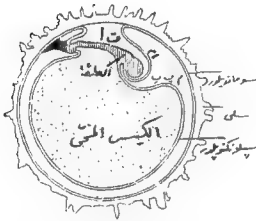
أما جزء الساقط الواقع بين البويضة والرحم ، وهو الساقط القاعدى فيكوّن المركز الذى تنشأ منه المشيمة فيما بعد . ووظيفة الساقط أن يكون مهداً ليناً للبويضة يمنع عنها التأثيرات المضرة من الإصابات العرضية

والصددمات ، وقد يكون من وظيفته أيضاً أن يمنع طبقة الترفو بلاست من التمداد في اختراق الأنسجة الأمية .

بقية التغيرات التي تحدث في البويضة — التغير الثاني الذي يحصل في البويضة هو ان الخلايا تتكاثف في جهة من سطح البويضة مكونة لبقعة تكون مستديرة أولاً ثم تصبح بيضية وتسمى بالبقعة المضغية ، وهي التي يتكون منها الجنين فيما بعد (انظر شكل ٣١) . وفي الغالب لا يتم هذا الأمر متى التصقت البويضة بالرحم ، لأن هذه المسافة تكون دائماً في الجهة المقابلة لجذر الرحم ، وبالتالي في الجهة الأكثر امتصاصاً للغذاء . وفي هذه البقعة تنشأ الطبقة المتوسطة السابق ذكرها (الميزودرم) ، التي تمتد حتى تشغل كل سطح البويضة . ثم يظهر في وسط البقعة المضغية بقعة شفافة لماعة تسمى بالمسافة الشفافة . ويتلو ذلك ظهور خط رقيق مظلم في وسط المسافة الشفافة يسمى الأثر الأولي . وهو يتكون من ميزاب رقيق محدود بحافتين هما الصفائح الظهرية وتتكون من تكاثف الطبقة الاكتودرمية . وتحت هذا الميزاب يتكون فيما بعد جسم اسطوانى يسمى بالحبل الظهرى ، وهو الذى تتكون الفقرات حوله عند ظهورها . ثم ان الصفائح الظهرية تنمو الى فوق وتتحنى الى الباطن ثم تتقابل في الخط المتوسط وتحد بعضها مع بعض مكونة لقناة مغلقة يتكون فيها المخ والنخاع الشوكى فيما بعد .

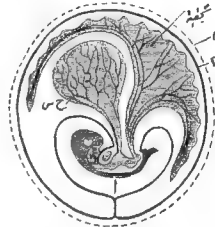
الموصل السري — بينما تكون الصفائح الظهرية آخذة في النمو الى فوق نحو سطح البويضة تكون حوافي البقعة المضغية آخذة في الانثناء الى الباطن نحو مركز البويضة من الجانبين والأطراف على السواء . وبهذه الكيفية يتكون شبه قناة هي أول أثر واضح يظهر من الجنين . وهذه القناة تكون مفتوحة في جهة مركز البويضة وهي الجهة التي يتكون فيها البطن .

فيما بعد . وتكون محدبة في جهة الظهر كما يظهر في (شكلي ٣٣ و ٣٤) واثناء أطراف المسافة الجرثومية الى الباطن يقسم البويضة الى جزئين : جزء داخل الجنين يتكوّن منه باطن الامعاء فيما بعد ، وجزء خارجه يسمى بالحوصلة السرية أو الكيس المحي (شكل ٣٤). والجزء الواصل بينهما يصغر حجمه كثيراً



(شكل ٣٤)

ت انجويف الامنيوس . ام الثلبة الامنيوسية التي تحدث من هبوط الطقة لمركز البويضة . م ب ب للمسافة البريتونية البلورانية . وهذا الشكل يبين ايضاً انقسام الميزودرم ، وتكون السوماتوبلور والسبلانكتوبلور



(شكل ٣٣)

يبين تمام تكوين الامنيوس وتكون السلي . ا امنيوس . المنطقة الشفافة . ٢ الورقة الظاهرة للايدرمد بعد انفلاق الامنيوس . ح س حوصلة سرية . واعلا الشكل توجد الحوصلة الصغيرة

ويكون عُنيقاً يسمى بالقناه المحية . وعلى القناة الحوصلة السرية تتوزع الأوعية السرية المسارية . وفي أول الأمر تكون الحوصلة السرية كبيرة بالنسبة الى التجويف الذي في داخل الجنين ، وتكون هي الواسطة المهمة في تغذيته . ولكنه كلما نما الجنين ضمرت الحوصلة السرية حتى انه بمجرد وصول الأوعية الجنينية للسلي تصير الحوصلة عديمة الفائدة . وتمكن مشاهدة الحوصلة السرية في أحوال الاجهاض حتى نهاية الشهر الثاني ، ولكن بعد ذلك يأخذ في الضمور حتى لا يبقى منها وقت الولادة الا أثر خفيف على السطح الجنيني المشيمية ، ما بين الامنيوس والسلي . وفي أغلب الأحوال يستدق العنق الذي

بين الحوصلة والأمعاء شيئاً فشيئاً حتى يزول بتاتاً وتفصل الحوصلة عن الجنين وتفجر .

المنبوس — في بداية التعنق الذي يفصل الحوصلة من الأمعاء ، تكون العلقة (وهي الجزء الذي يكون الجنين فيما بعد) آخذة في الضخامة عند طرفها الدماغى ، وآخذة في الترقق عند طرفها الذنبى ، ويكون الظهر آخذاً في التقوس للظاهر . وفي هذا الوقت أيضاً يبدأ انفصال الغشاء البلاستودرى الى طبقتين في محيط المسافة الجرثومية كله . وهذا الانقسام يحترق الميزودرم ، بحيث تكون الطبقة الظاهرة محتوية على الايدرم وجزء من الميزودرم ، والطبقة الباطنة على الاندودرم وجزء من الميزودرم . والطبقة الظاهرة تسمى بالسوماتوپلور (أو الجزء الجسمى) . وجزؤها العلقى يكون جدر الجسم فيما بعد . والطبقة الباطنة تسمى بالسپلانكنوپلور (أو الجزء المعوى) ، وجزؤها العلقى يكون جدر القناة الهضمية . وهذا الانقسام ليس خاصاً بالجزء العلقى فقط بل أنه يأخذ في الامتداد حتى يعم الطرف المقابل للكيس المحى ويجعله حويصلة منفصلة عن البويضة (انظر شكل ٣٤) . والجزء الوحيد من الميزودرم الذى لا يعمه الانقسام هو الجزء المركزى لظهر الجنين ، ومحل العنق البطنى . وهذا المكان يكون موجوداً بالقرب من الطرف الذنبى للجنين وفيه يتضاعف الميزودرم بدلاً عن الانقسام . وبهذه الكيفية يتكون شبه قنطرة تصل السپلانكنوپلور بالسوماتوپلور . وعلى هذه القنطرة تنمو الأوعية الجنينية حتى تصل الى السلى (انظر شكل ٣٤) . والجزء العلقى للمسافة الپلوراوية الپريتونية يكون فيما بعد التجويف الپلوراوى الپريتونى للجنين (انظر شكل ٣٤) . ثم يتبع ذلك ظهور ميزاب حول العلقة مبتدئاً في جهة طرفها الدماغى ، يجعلها متميزة عن البويضة . ثم أن العلقة تهبط الى مركز

البويضة جاذبة معها السوماتوبلور فقط كما يتضح في شكل ٣٤ ، فينمطف السوماتوبلور حولها مكوناً ثنياتٍ حول الطرف الدماغي ، والطرف الذنبى ، وحول الجانبيين . ثم تأخذ هذه الثنيات في التموحي حتى تتقابل بعضها مع بعض على ظهر الجنين ، ثم تتحد ويزول الحاجز الذى بينهما (انظر شكل ٣٣) ، فيتكوّن بهذه الكيفة كيسان الكيس الواحد باطن يلتف حول البويضة ، وهو الامنيوس . والكيس الآخر ظاهر يسمى بالامنيوس الكاذب يتحد بالمنطقة الشفافة مكوناً للسلى (انظر شكلى ٣٣ و ٣٤) .



(شكل ٣٥) بويضة عمرها ٩ أسابيع تقريبا (كواين)

لاحظ كبر حجم الحويصلة السلائية نسبياً وصغر حجم الكيس الامنيوسى المملوء سائلا

فيتضح من كيفية تكوين الامنيوس ان سطحه الذى يكون متجهاً الى الباطن جهة ظهر العلقه هو المتكوّن من الايبلاست والطبقة الظاهرة من الميزوبلاست وهو على استدامة البشرة المغطيه لجسم العلقه . وفى أثناء حصول هذه التغيرات يكون السيلانكنوبلور قد هبط الى مركز البويضة

مع العلقه واتخذ شكل كيس ذى عنق يسمى بالحوصلة السرية أو الكيس الحى (انظر شكلى ٣٤ و ٣٥)

وفى أول الأمر يكون الكيس الأميوسى منفصلاً عن السطح الباطن للسلى بمادة هلامية نصف سائلة ، تملأ المسافة التى بينهما (وهى المسافة البلوراوية البريتونية . (شكل ٣٥) ولكن فى آخر الشهر الثالث يمتلئ الكيس بالسائل الأميوسى رويداً رويداً حتى يلامس السلى .

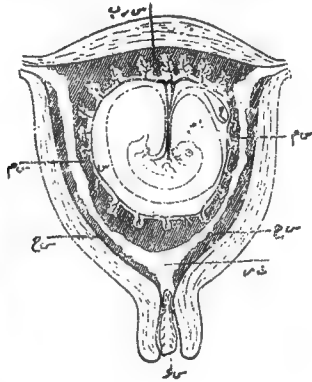
السائل الأميوسى - الكيس الأميوسى يكون فى أول الأمر ملاصقاً لظهر المضغة . ولكن ينفرز فيما بعد سائل مصلى بينه وبينها فينفصلان أحدهما عن الآخر . وهذا السائل يأخذ فى الازدياد شيئاً فشيئاً ، وكلما ازداد اقترب الأميوس من السلى الى أن يتلاصقا أخيراً . يلتصق الأميوس بالحبل السرى فى نقطة اندغامه بحيث لا يمكن فصلهما .

ونسبة السائل الأميوسى لحجم الجنين تكون اكبر فى أول الحمل منها فى أواخره . واكبر كمية له يبلغها فى الشهر السابع أو الثامن . وبعد ذلك يمتص جزء صغير منه . والمقدار المتوسط له وقت الولادة يختلف بين نصف لتر و لتر وربع . وثقله النوعى يتراوح بين ١٠٠٤ و ١٠٢٥ . وفى أول الحمل يكون شفافاً رائقاً ، ولكنه يتمكر فى أواخر الحمل . وهو يحتوى على آثار قليلة من الزلال ، والجلوكوز اذا كانت الأم مصابة بالبول السكرى ، والبولينا ، وأملاح مختلفة ، وبعض خلايا بشرية متفاسدة ، وقليل من وبر جسم الجنين .

أما منشأ السائل الأميوسى فشكوك فيه ، يظنه البعض منفرداً من الأنسجة الأمية ، والبعض الآخر من الأنسجة الجنينية . ولكن الأغلب ان الأم والجنين كليهما يشتركان فى افرازاه . والدليل على ذلك أن الأدوية التى تعطى للأم مثل يودور البوتاسيوم مثلاً ، ينفرز جزء قليل منها فى السائل

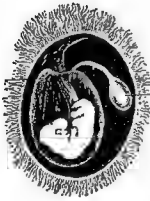
الأمنيوسى . ووجود البولينا فيه يثبت اشتراك الجنين فى افرازه .

أما وظيفة السائل الأمنيوسى فهمة جداً مدة الحمل والولادة . أما مدة الحمل فبالنسبة لكونه موصلاً رديئاً للحرارة يحفظ الجنين فى حرارة متوازنة . ثم أنه أيضاً يخفف تأثير الصدمات على الجنين ، ويسمح له بتحريك أطرافه



(شكل ٣٦)

رسم صورى للرحم الحامل فى الاسبوع السابع أو الثامن .
أم تجويف الأمنيوس . س سلى . م الحوصلة المحيية
(المرية) . س و السداة العنقية . ت ر التجويف
الرحمى . س ح ساقط رحمى . س م ساقط مغلف .
س ر ب ساقط رحمى يوفى أو قاعدى (چلت)



(شكل ٣٧)

يوضع الحوصلة المرية
والحوصلة السجقية
والجمل السلاقى

بسهولة . ويظن بعضهم أن الجنين يتلغ مقداراً وافراً من السائل الأمنيوسى فى أواخر الحمل ليتغذى به . أما مدة الولادة فيساعد السائل الأمنيوسى على تمديد العنق ويمنع التأثير المضر الذى قد يحدث من ضغط جدر الرحم على الجنين وقت الانقباضات الرحمية .

الحوصلة السجقية — حالما يتكوّن السلى يتغطى سطحه بطبقة لحمية تنفرز في الغشاء المخاطى الرحمى وتمتص مواد مغذية من الأوعية الليمفاوية للرحم . ولكن متى تكوّنت الحوصلة السجقية يحصل تغير في السلى وطبقته المخملية سيشرح فيما بعد . أما الحوصلة السجقية فتبدأ بعثل زر يتكوّن على السطح البطنى للمعلقة ، ثم يأخذ في النمو والبروز في جزء من تجويف السلى لا يكون مشغولاً بالكيس المحى ولا بالأمنيوس . ووظيفة هذه الحوصلة هي أنها تكوّن المثانة البولية للجنين وتساعد على تكوين المشيمة (انظر شكل ٣٧) .

أما كيفية نموها فهي أن هذا الزر ينمو شيئاً فشيئاً حتى يصل الى السطح الغائر للسلى موصلاً له الأوعية الدموية التي تكون قد مرت على جانبه من الأورطى الأثرى للجنين . وهذه الأوعية تسمى بالشرايين السرية، وهي تنفرع الى جملة فروع تتوزع على الحمل السلائى . والمحل الذى تتقابل فيه الحوصلة السجقية مع السلى هو المحل الذى تتكوّن فيه المشيمة فيما بعد . وفي هذا المحل يزداد نمو الحمل السلائى ازدياداً عظيماً ويكبر حجمه بينما يكون الحمل المغطى لبقية السلى آخذاً في الضمور شيئاً فشيئاً .

* السلى *

السلى هو الغلاف الثانى للجنين . سطحه الباطن يلامس الأمنيوس وسطحه الظاهر مغطى بنسيج خملى ينمو ويتداخل في الغشاء المخاطى الرحمى ، فيمتص مواد مغذية ينقلها الى الجنين بواسطة الأوعية الجنينية التي تحملها اليه الحوصلة السجقية . وهو يتكوّن من اتحاد الأمنيوس الكاذب بخلايا التروفوبلاست . ويتركب الحمل السلائى من : (١) طبقة بشرية ، (٢) نسيج ضام ، (٣) أوعية دموية .

أما الطبقة البشرية فتألف من طبقتين : الظاهرة عبارة عن قطع بروتوبلازمية ذات نويات عديدة ، والباطنة عبارة عن خلايا واضحة ذات نوايا بيضية الشكل كثيراً ما تكون مركزة على غشاء قاعدى . وتسمى الطبقة الظاهرة بالسنسبشيم ، والباطنة طبقة لنجهان . وتشبه قطع الخمل سيقاناً لها فروع متشعبة كأصابع اليد ، وفي كل ساق ثريان ، ووريد ، وأوعية شعرية . ولا يفصل الأوعية الشعرية عن دم الأم إلا الطبقة البشرية المغطاة للخمل ، وطبقة الأندوثليوم المبطنة للثريانين الشعرية للأم ، والنسيج الضام الذى يكون الجزء الأكبر للخمل .

والجنين يعتمد فى غذائه على السلى من وقت وصول الحوصلة السجقية اليه (فى الأسبوع الرابع تقريباً) الى وقت انقذافه . فى أول الأمر تكون الأوعية متوزعة على الخمل السلائى جميعه ، ولكن فى أواخر الشهر الثالث تنوع تنوعاً مهماً . فان الخمل السلائى يأخذ وقتئذٍ فى الضمور فى كل محيط السلى ما عدا الجزء الذى فى الساقط الرحمى البويضى فانه ينمو نمواً عظيماً ، ويساعد على تكوين المشيمة . وفى نهاية الشهر الرابع يكون قد زال الخمل كله ما عدا الجزء الذى ساعد على تكوين المشيمة فانه يكون واسطة الاتصال ما بين الأوعية الجنينية والأوعية الرحمية .

✽ المشيمة ✽

هى قرص خلوى وعائى مستدير غالباً أو بيضى ، اسماك فى المركز منها فى المحيط ، لونها أحمر ، ونسيجها هش . يبلغ قطرها من ١٥ - ٢٠ سنتيمتراً ، وسمكها فى المركز من سنتيمترين الى ثلاثة سنتيمترات وترقق عند حافتها التى تتصل بالسلى والساقط ، ووزنها المتوسط ٤٥٠ جراماً . سطحها الباطن أملس مقعر مغطى بالأمنيوس الذى يسهل نزعه الى مكان اتصاله بالحبل السرى .

وتحت الأمنيوس يشاهد سطح السلى وهو أيضاً أملس . وعليه تجري الفروع الكبيرة السطحية للأوعية السرية قبل أن تنفذ في باطن المشيمة . ولا تصل هذه الفروع الى حافة المشيمة الطبيعية . واذا عملنا شقاً في سطحها الجنيني نجد السلى الذى لا يبلغ سمكه هنا اكثر من مليمترين ، ونجد ناشئة منه كتل الحمل السلائى . ويندغم الحبل فى وسط السطح الجنينى عادة (أنظر شكل ٣٨) .

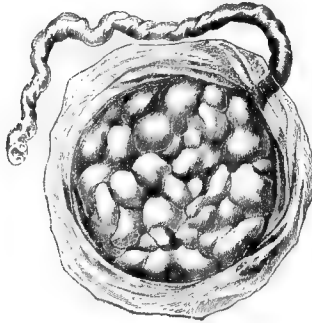


(شكل ٣٨)

السطح الجنينى للمشيمة . الجزء العلوى منزوع منه الغشاء الامنيوسى .

أما السطح الظاهر فإلصق لجدر الرحم وهو خشن مشقوق بميازيب تقسمه الى فصوص وفصيصات . واذا تأملناه جيداً نجده مغطى بغشاء رمادى رقيق جداً هو الجزء الذى ينفصل من الغشاء الساقط القاعدى عند انفصال المشيمة . واذا لمسناه فقد نشعر فى بعض جهاته بخشونة سببها رسوب مواد جيرية قد تكون كبيرة الحجم فى بعض الأحيان بحيث تراها العين بوضوح . وعلى حافة المشيمة يجرى وعاء كبير هو الجيب الدائرى الذى يعيد بعض الدم الأسمى من المسافات التى تتخلل الحبل السلائى . ويندر أن يحيط هذا الجيب

بالمشيمة تماماً. وفي أواخر الحمل تنسد بعض الفروع الوعائية للشريان السري فتضمر الأجزاء السلائية التي تتغذى منه، ويصطبغ ذلك بروسوب ليفين (fibrin) من دم الأم على بشرة السلي فيتألف من ذلك بقع بيضاء باصفرار صلبة يختلف حجمها من حبة الذرة الى البندقة وتسمى بالسكتات المشيمية. والمشيمة تتركب من الأنسجة الآتية، مبتدئين في عدها من الظاهر الى الباطن :-



(شكل ٣٩) السطح الرحمي للمشيمة

- (١) طبقة قاعدية مكوّنة من الجزء الفائر للساقط ، وهي تلي الطبقة الاسفنجية للساقط القاعدي التي يحصل فيها انفصال المشيمة .
- (٢) سلسلة جيوب وعائية تختلط بعضها ببعض ، ذات مسافات كبيرة مفرطحة يتخللها الحمل السلائى ، محدودة من الجهة الرحمية بالطبقة القاعدية ، ومن الظاهر بالسلي أو بطبقة رقيقة من الساقط . وهذه الجيوب تحتوى على دم شرياني يصل اليها من الشريان الرحمي ، الذي ينفذ في الطبقة الاسفنجية للساقط القاعدي ، ثم يحترق الطبقة القاعدية ويفتح في هذه الجيوب

مباشرة بدون توسط أوعية شعرية . ومن هذا يتضح لنا ان الحمل الجنيني محاط بدم شرياني رحيم .

(٣) حواجز ليفية تنشأ من الطبقة القاعدية للساقط ، وتسير الى السلي فتقسم جيوبه الوعائية الى فصوص وفصيصات . وهذه الاقسام الثلاثة : (١) و (٢) و (٣) هي كل ما يبقى من الساقط القاعدي .

(٤) طبقة من السلي وخملة . فالحمل يعوم في الجيوب الوعائية السابق ذكرها ، ويتوزع عليه أوعية شعرية من فروع الأوعية السرية .

(٥) طبقة من الامنيوس تغطي سطحها الباطن .

وللمشيمة ثلاث وظائف : - (١) تشتغل كمضو تنفس للجنين فتنتقل اليه المقدار اللازم له من الاوكسيجين ، (٢) تغذي الجنين فتنتقل اليه مواد مغذية من دم الام ، (٣) تشتغل كمضو مفرز فتخرج المواد غير الصالحة من دم الجنين وتنقلها الى دم الأم .

* الحمل السري *

الحمل السري هو الذي يصل المشيمة بالجنين . ينشأ من سرة الجنين ويندغم على مركز المشيمة ، حاملاً الأوعية التي بواسطتها يحصل تبادل الدم بين الام والجنين . وهذه الأوعية ثلاثة : - شريانان سريان يحملان الدم الذي فقد او كسيجينه ، من الجنين الى المشيمة ، ووريد سري ينقل الدم الذي اكتسب او كسيجينه ، من المشيمة الى الجنين . وهذه الاوعية محاطة بمادة هلامية تسمى هلام هوارتون . والحبل السري جميعه يتغطى بطبقة من الامنيوس . ويحتوى على بقايا الحوصلة السجقية والقناة المحية . ومتوسط طوله خمسون سنتيمتراً ،

ولكنه قد يتراوح بين ١٤ — ١٦٠ سنتيمتراً. وسمكه يقارب سمك الشاهد . وهو ملتو على نفسه جملة مرات .

﴿ نمو الجنين ﴾

من المهم معرفة درجة نمو الجنين ، وأهم مميزاته في الأشهر المختلفة للحمل .
ولذلك سنذكرها هنا بالاختصار : —

الشهر الاول — أصغر بويضتين شوهدتا كان عمرهما ٨ — ١٢ يوماً .
وكان قطر الصغرى ٣ ملليمترات وقطر الكبرى سنتيمتراً واحداً ، وطول المضغة ملليمترين . وفي هذه المدة كانت البويضة تنفذى بالاسموز . أما في نهاية الأسبوع الرابع فتبلغ البويضة حجم بيضة الحمامة ، ويبلغ طول المضغة ٨ ملليمترات . ومن الأسبوع الثاني فما فوق تنص المضغة غذاءها من الحوصلة السرية بواسطة الأوعية المساريقية السرية . وفي هذا الوقت تكون الحوصلة السجقية بدأت في الظهور والسير نحو السلى حاملة الاوعية الجنينية .
الشهر الثانى — في نهاية الشهر الثانى تكون البويضة في حجم بيضة الدجاج ، ويكون طول العلقه ٣ سنتيمترات وثقلها ١٥ جراماً ، وتكون الحوصلة السرية قد كادت تضمر تماماً . وتكون الحوصلة السجقية قد بلغت الحمل السلائى ، وابتدأت تنقل الغذاء منه الى العلقه ، ويكون الحمل قد أخذ في الثلاثى الأ حيث تتكون المشيمة . وتظهر بعض نقط عظمية في الترقوة والفك السفلى .

الشهر الثالث — في نهاية الشهر الثالث تكون البويضة قد بلغت حجم البرتقالة ، وصار قطرها من ٨,٥ — ١٠ سنتيمترات تقريباً ، وتكون العلقه قد بلغت طولها من ثمانية الى تسعة سنتيمترات ، وصار وزنها ٨٥ جراماً تقريباً ،

ويكاد يتم تكون المشيمة . والسلى الذي لم يدخل في تكوينها يكون قد فقد خله . وأعضاء التناسل تكون قد بدأت في الظهور ، ولكن لا يمكن تمييزها . ويمكن ان ترى بعض آثار للاظافر . وتظهر بعض نقط عظمية في أغلب العظام .

الشهر الرابع - في نهاية الشهر الرابع يطلق على العلقة اسم « جنين » وفي نهاية هذا الشهر يكون قد بلغ طول الجنين ١٢,٥ سنتيمتراً تقريباً ، ووزنه ٢١٢ جرام . ويكون الحمل السلائي قد ضمّر تماماً ما عدا ما دخل منه في تكوين المشيمة التي يكون قد تم تكوينها حينئذٍ . والاعضاء التناسلية تصير واضحة تمام الوضوح ، ويبدأ ظهور الوبر على جلد الجنين .

الشهر الخامس - في نهاية الشهر الخامس يكون طول الجنين قد بلغ ٢٥,٥ سنتيمتراً ووزنه ٤٥٠ جراماً . ويبدأ الشعر في الظهور على الرأس ويتغطى الجسم بوبر رفيع . ويبدأ جسم الجنين في التغطى بطبقة من مادة دهنية مؤلفة من خلايا بشرية متفلسة ومن إفراز الغدد الدهنية .

الشهر السادس - في نهاية الشهر السادس يبلغ طول الجنين ٣٠ سنتيمتراً ، ووزنه من ٩٠٧ - ١١٣٤ جراماً . والحاجبان والاهدا ب تبدأ في الظهور . وتظهر مادة صفراء في الأمعاء الدقيقة ، ويظهر العرق في الأمعاء الغلاظ . وتبدأ المواد الشحمية في الظهور تحت الجلد .

الشهر السابع - في نهاية الشهر السابع يبلغ طول الجنين ٣٥ سنتيمتراً ، ووزنه ١٤٠٠ جراماً . والغشاء الحديقي لا يزال ظاهراً ، وعند الجنين الذكر تكون الخصيتان في القناة الأربية . ويكون الوبر قد أخذ في الزوال . وإذا ولد الجنين يصرخ صرخة ضعيفاً . ومن نهاية هذا الشهر يعتبر الجنين قابلاً للحياة .

الشهر الثامن - في نهاية هذا الشهر يبلغ طول الجنين ٤٣ - ٤٥

سنتيمترًا، ووزنه ١٨٠٠ الى ٢٤٠٠ جرام . وتزداد المواد الشحمية تحت الجلد فيزول تكرشه، ويزول مقدار كبير من الوبر، ويأخذ الغشاء الحدقي في الزوال .

الشهر التاسع — في نهاية هذا الشهر يبلغ طول الجنين ٤٥ سنتيمترًا . ووزنه كيلوجرامين الى كيلوجرامين وربع . واللون الأحمر اللامع الذي كان عليه الجلد لغاية الآن يبدأ في الزوال . ولا تكون الأظافر قد بلغت نهاية الأصابع تمامًا .

الشهر العاشر — وهو نهاية الحمل، وفي نهايته يبلغ طول الجنين خمسين سنتيمترًا، ووزنه سبعة أرطال (٣١٧٥ جرامًا) تقريبًا . والذكور أثقل قليلاً من الإناث . وتكون الأظافر قد تجاوزت أطراف الأناامل ، في حين أن أظافر الأقدام تكون قد بلغت نهاية الأصابع فقط . والوبر يكون قد زال عن جميع الجسم ما عدا الاكتاف . ومتى ولد الجنين يصرخ بشدة ويحرك أطرافه بقوة . وفي الأطفال الذكور تكون الخصيتان قد نزلتا في الصفن . وفي الإناث يكون الشفران العظيمان مغطين للشفرين الصغيرين . وبعد مرور بضع ساعات على ولادة الجنين يبول ، ويتغوط عقيمًا . والعق يتكوّن من مواد خضراء أو تكاد تكون سوداء ، مؤلفة من مخاط ووبر وخلايا بشرية وصفراء . والصفراء هي التي تكسبه اللون الأخضر المسود .

وهناك طريقة سهلة جدًا لمعرفة طول الجنين في الأشهر المختلفة للحمل . وهي انه في الأشهر الخمسة الاولى يكون طول الجنين مساويًا لمربع عدد الأشهر سنتيمترات . وفي الأشهر الخمسة التالية يكون طوله مساويًا لعدد الأشهر مضروبًا في خمسة .

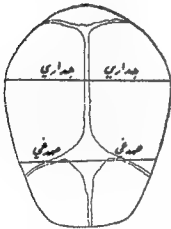
عدد الاشهر	طول الجنين بالسنتيمتر
١	1×1
٢	2×2
٣	3×3
٤	4×4
٥	5×5
٦	6×5
٧	7×5
٨	8×5
٩	9×5
١٠	10×5

✽ رأس الجنين والدورة الجنينية ✽

تتركب قبة الجمجمة عند الجنين من العظام الآتية : نصفاً العظم الجبهى من الامام ، والعظم المؤخرى من الخلف ، والعظمان الجداريان على الجانبين بين العظمين الجبهيين والمؤخرى ، ومن الجزء القشرى للعظمين الصدغيين . وعظام القبة رقيقة عند حوافها وتأخذ فى السمك كلما اتجهت نحو المركز ، حيث تنتهى بارتفاع سميك يسمى بالحذبة . فالارتفاعان اللذان على العظمين الجبهيين يسميان بالحذبتين الجبهيتين ، والارتفاعان اللذان على الجداريين يسميان بالحذبتين الجداريتين ، والارتفاع الذى على العظم المؤخرى يسمى بالحذبة المؤخرية .

والخطوط التى تنشأ من تقابل عظام القبة بعضها ببعض تسمى بالتدريز . فالخط الذى ينشأ من تقابل نصفى العظم الجبهى يسمى بالتدريز الجبهى ، والخط الذى ينشأ من تقابل الجبهيين بالجداريين يسمى بالتدريز الجبهى الجدارى ، والذى ينشأ من تقابل العظمين الجداريين يسمى بالتدريز السهمى ، وهو امتداد التدريز الجبهى الى الخلف ، والذى ينشأ من تقابل العظمين الجداريين بالعظم المؤخرى يسمى بالتدريز اللامى لمشايمته لحرف اللام

اليونانية. وفي محل تقاطع التدريز الجبهي الجداري بالتدريزين السهمي والجبهي توجد مسافة غشائية لا عظم فيها، معينة الشكل، تسمى باليافوخ المقدم. وفي محل تقابل التدريز السهمي بالتدريز اللامي توجد مسافة غشائية مثلثة الشكل، اصغر من السابقة تسمى باليافوخ الخلفي. ويوجد أيضاً أربعة يوافيخ اضافية أقل من هذين أهمية: اثنان منهما في الجهة الامامية الجانبية ويسميان باليافوخين الصدغيين، واثنان في الجهة الخلفية الجانبية ويسميان باليافوخين الخامين. وهذه التدريزات واليوافيخ مهمة جداً لان وجودها يساعد على تصغير حجم الرأس بتركيب العظام بعضها على بعض وقت الولادة. واليافوخان المقدم والخلفي يساعدان المولد كثيراً على تشخيص الأوضاع المختلفة للمجىء بالقمة. ويتميز اليافوخ المقدم عن الخلفي بأن المقدم معيني الشكل، والخلفي مثلث الشكل. ولكن متى انضمت العظام بعضها الى بعض وقت الولادة تزول المسافة الغشائية لليوافيخ، ويحس باليافوخ المقدم كأنه نقطة تقابل أربعة تدريز، والخلفي كأنه نقطة تقابل ثلاثة تدريز.



(شكل ٤٠)

الاقطار المستعرضة لرأس الجنين

أما قاعدة الجمجمة فتتألف من عظام مرتبطة بعضها مع بعض ارتباطاً متيناً. ويتركب الوجه من أربعة عشر عظماً منضعة بعضها مع بعض انضماماً متيناً يحملها أيضاً غير قابلة للتصغير

أقسام الجمجمة - تنقسم الجمجمة الى الأقسام الآتية :

(١) المؤخر، وهو المسافة الواقعة ما بين نقطة أسفل الحدبة المؤخرية مباشرة وبين اليافوخ الخلفي .

(٢) القمة ، وهى المسافة بين اليافوخ المقدم واليافوخ الخلفى . ومحدودة جانبيًا بالحدبتين الجداريتين .

(٣) الجبهة ، وهى المسافة بين اليافوخ المقدم ومتتصف المسافة بين الحاجبين .

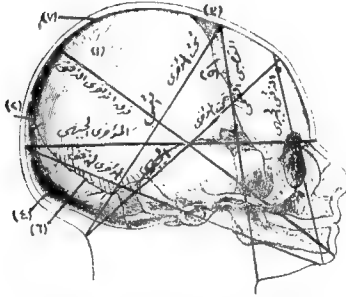
(٤) الوجه ، وهو المسافة الواقعة ما بين نقطة بين الحاجبين ومحل اتصال الذقن بالعنق . ومحدودة جانبيًا بخط يمر أمام الأذنين .

أقطار رأس الجنين — هذه الأقطار هى خطوط فرضية يتصور الإنسان وجودها بين نقط مختلفة من الجمجمة لسهولة تقدير حجم الرأس ، ومعرفة الأوضاع المختلفة . وأطوالها فى رأس الجنين التام النمو هى الآتية : —

تحت المؤخرى القمى	وطوله	٩٠٥	سليمترات
القصى القمى	»	٩٠٥	»
الذقى الجبى	»	٨	»
المؤخرى الذقى	»	١٢٠٥	»
فوق المؤخرى الذقى	»	١٤	»
المؤخرى الجبى	»	١١٠٥	»
تحت المؤخرى الجبى	»	١٠	»
الجدارى الجدارى	»	٩٠٥	»
الصدغى الصدغى	»	٨	»

فالقطر تحت المؤخرى القمى يمر من اليافوخ المقدم الى نقطة أسفل الحدبة المؤخرية مباشرة . والقطر القصى القمى يمر من اليافوخ المقدم الى محل تقابل الذقن بالعنق . والعجى الذقى هو المسافة بين أوطاً نقطة على الذقن وأعلى نقطة على الجبهة . والمؤخرى الذقى هو المسافة بين قمة الذقن واليافوخ الخلفى . وفوق المؤخرى الذقى هو المسافة بين قمة الذقن وأبعد نقطة على قمة الجمجمة . والمؤخرى الجبى هو المسافة بين اليافوخ الخلفى ومتتصف المسافة بين الحاجبين . وتحت المؤخرى الجبى هو المسافة بين الحدبة الجبهية

ونقطة أسفل الحدة المؤخرية مباشرة. والقطر الجدارى الجدارى هو المسافة بين الحدبتين الجداريتين. والقطر الصدغى الصدغى هو المسافة بين أبعاد نقطتين على التدريز الجبهي الجدارى.



(شكل ٤١) أقطار رأس الجنين

- (١) الحدة الجدارية (٢) الأضلاع الخلفى (٣) الأضلاع الأمامى (٤) الحدة المؤخرية
(٥) التدريز الجبهي الجدارى (٦) التدريز الأمامى (٧) التدريز السهمى

. أقطار الجذع — الأخرى الأخرى وطوله ١٢ سنتيمتراً ويصغر بالضغط إلى ٩ سنتيمترات، والقصى الظهرى وطوله ٩,٥ سم ويصغر بالضغط إلى ٨ سم.
أقطار المقعدة — المدورى المدورى وطوله ٩ سنتيمترات، والحرقى الحرقى وطوله ٨ سنتيمترات، والمقدم الخلفى أو العائى العجزى وطوله ٥ سنتيمترات ونصف.

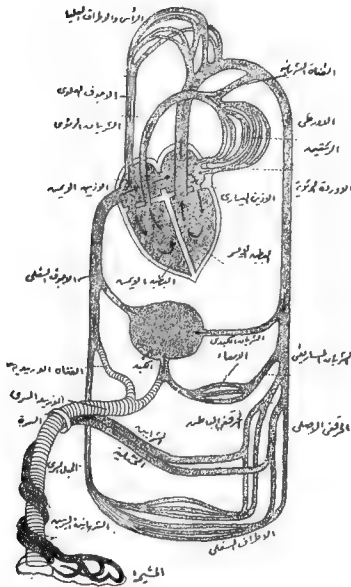
﴿ الدورة الجنينية ﴾

قبل ولادة الجنين وتكوّن الدورة الرئوية يكون مرور الدم من المشيمة إلى الجنين، ومنه إلى المشيمة لكى ينقى، كما يلى: (انظر شكل ٤٢)
يحمل الوريد السرى الدم النقى من المشيمة إلى الجنين، وينفذ من

السرّة، ثم ينقسم عند الميزاب المستعرض للكبد الى فرعين . فالفرع الأكبر يصب في الاجوف السفلى بواسطة القناة الوريدية ، حيث يقابل الدم غير النقي العائد من الاطراف السفلى . والفرع الأصغر يصب في الوريد الباب ، ومنه يتوزع في نسيج الكبد ، ثم يصب في الاجوف السفلى بواسطة الاوردة الكبدية ، حاملاً له الدم الذى وصل الى الكبد من الشريان الكبدي .

وبعد ذلك يصب الاجوف السفلى في الاذينة اليمنى حاملاً له دمًا نقيًا من المشيمة ، ودمًا غير نقي من الكبد والأطراف السفلى . ثم أن صمام يوستاك يوجه الدم الذى في الاذينة اليمنى الى الاذينة اليسرى ماراً بالثقب البيضى ، بدون ان يمتزج كثيراً بالدم غير النقي الذى يصب في الاذينة اليمنى من الاجوف العلوى . ومتى وصل الدم الى الاذينة اليسرى يختلط هناك بالدم غير النقي الراجع من الرئتين في الاوردة الرئوية . ومن الاذينة اليسرى يصب الدم في البطن اليسرى ، ومنه الى الاورطى . ومن الاورطى تتفرع فروع صغيرة تحمل الدم الى الرأس والأطراف العليا ثم تعود منها الى الاجوف العلوى الذى يصب في الاذينة اليمنى . اما معظم الدم فيسير في الاورطى النازل حيث يقابل الدم غير النقي الذى يصب في الاورطى من الشريان الرئوى ، بواسطة القناة الشريانية . ثم أن هذا الدم المختلط يتجه الى الأطراف السفلى حيث يعود جزء منه الى الأجوف السفلى ، إما مباشرة أو بواسطة الكبد . والجزء الآخر يمر الى الشرايين الخلفية ومنها الى السرّة ، فالشرايين السرية ، فالمشيمة .

أما الفروع التى نشأت من الأورطى وصعدت الى الرأس والأطراف العليا ومنها عادت الى الاجوف العلوى ، فيبقى علينا تتبع سير الدم فيها .



(شكل ٤٢) الدورة الدموية الجنين

الادعية المخططة اقتبا تحمل دما نقيا ، والمخططة صوديا تحمل دما غير نقي والمخطوط
الرقط أى المخططة تحمل دما نقيا ممزوجا بدم غير نقي . (منوع من قلت)
عند ما تصب هذه الأوعية فى الأذينة اليمنى يختلط دهما بقليل من الدم
النقي ، ثم يصب فى البطيخ الأيمن ومنه الى الشريان الرئوى . ومن الشريان
الرئوى يمر الجزء الاكبر من الدم الى الأورطى بواسطة القناة الشريانية كما
سبق شرحه ، والجزء الأصغر يمر فى الشريان الرئوى الى الرئتين ، ويعود منها
الى الأذينة اليسرى بواسطة الاوردة الرئوية ، وهناك يختلط بالدم الذى
دخل الى القلب بواسطة الاجوف السفلى . .

ومتى ولد الجنين وابتدأ التنفس تقف الدورة المشيمية، وتحصل تنوعات في القلب والأوعية تفتج ما يسمى بالدورة الرئوية . والأسباب المتممة لحصولها هي امتلاء الرئتين بالهواء من أول شهيق ، وازدياد مقدار الدم في الأوعية الرئوية ووقوف الدورة المشيمية .

وتنتهي هذه التنوعات بانسداد القناة الشريانية والشرابين الخلفية، وبانقطاع مرور الدم من الثقب البيضي ، وبانسداد الاوردة السرية والقناة الوريدية . فالأوعية الخلفية تنسد تماماً في اليوم الثالث أو الرابع بعد الولادة، والقناة الشريانية في اليوم الثامن أو العاشر، والاوردة السرية والقناة الوريدية في اليوم السادس أو السابع . أما الثقب البيضي ، ولو أن الدم ينقطع عن المرور فيه من وقت الولادة ، فهو لا ينغلق تماماً إلا في النصف الأخير للسنة الأولى .

﴿ المجيء ، والأوضاع ، وقعدة الجنين في الرحم ﴾

قعدة الجنين في الرحم — القعدة التي يقعد بها الجنين في الرحم هي التي تحمل حجمه اصغر ما يمكن . فالظهر يكون مقوساً الى الوراء والرأس منتصباً على القص ، والساعدان متصلين ، والفخذان منتصبين على البطن ، والساقان منتصبين على الفخذين ومتصاليين . والحبل السري يكون موضوعاً ما بين الذراعين والساقين . وبهذا القعدة يصبح شكل الجنين بيضياً تشغل الرأس احد طرفيه والمقعدة الطرف الآخر .

أنواع المجيء — المجيء هو اتيان الجنين بأحد أجزائه على المضيق العلوى . وله ثلاثة أنواع أصلية : —

(١) المجيء بالرأس ، ويحصل ٩٦٣٢ مرة في كل الف ولادة . ويشمل

المجىء بالقمة ، والمجىء بالوجه ، والمجىء بالحاجب ، والمجىء باليافوخ المقدم ، والمجىء باليافوخ الخلفى . ويسمى المجىء بحسب الجزء الذى يكون أكثر انحداراً لأسفل . ففي المجىء بالقمة تكون القمة ، وهى المسافة بين اليافوخ المقدم والخلفى أكثر أجزاء الرأس انجهاً الى أسفل وهكذا .



(شكل ٤٤)

توافق انقطار الرحم والجنين (جلايين)



(شكل ٤٣)

وضع الجنين في الرحم وانخاضه
الشكل البيضاى

(٢) المجىء بالمقعدة ، ويحصل ٣١١ مرة فى كل ألف ولادة ، وينقسم الى مجىء كامل ، ومجىء ناقص . فالكامل هو الذى تنزل فيه المقعدة مع القدمين . والناقص هو الذى تنزل فيه المقعدة وحدها ، أو تنزل قدم أو قدمان أولاً ، أو ركة أو ركتان .

(٣) المجىء بالجذع ، ويحصل ٥٦ مرة فى كل عشرة آلاف ولادة . ومما سبق شرحه يتضح لنا أن أكثر أنواع المجىء حدوثاً هو المجىء بالقمة . ولذلك ثلاثة أسباب وهى : —

(١) انه في أشهر الحمل الأولى يكون نمو الرحم أسرع من نمو الجنين فيسهل على الجنين وقتئذٍ أن يأخذ الشكل الذي يريده . ولكن بتقدم الحمل يكون نمو الجنين أسرع من نمو الرحم ، حتى يأتي وقت يملأ فيه الجنين كل التجويف الرحمي ، فتضغط جدر الرحم عليه وتضطره أن يأخذ وضعاً تتوافق فيه أقطارهما . ولما كان شكل الرحم ييضياً طرفه السميك الى أعلى ، وكان شكل الجنين في وضعه الرحمي ييضياً أيضاً، تشغل المقعدة أحد طرفيه ويشغل الرأس الطرف الآخر، وكان حجم المقعدة مع الأطراف السفلى اكبر من حجم الرأس، فلذلك تشغل المقعدة قاع الرحم ويشغل الرأس الجزء السفلي له . (أنظر شكل ٤٣ و ٤٤) . كما انه في الأحوال التي يتغير فيها شكل الرحم



(شكل ٤٥)
الاستسقاء الدماغى وكيف يسبب
مجيئاً بالمقعدة لكي تتوافق الاقطار .
(جلايين)

بالأورام مثلاً ، أو يتغير فيها شكل الجنين كأن يكون مصاباً بالاستسقاء الدماغى مثلاً، يكون المجهى معيباً كما يرى في شكل ٤٥

(٢) ان الجنين في أتيانه بالرأس يتبع قانون الثقل العام . فان رأسه يتجه الى أسفل لأنه أثقل أجزائه .

(٣) العامل الثالث الذى يساعد على حصول المجهى بالرأس هو كثرة تحرك الأطراف السفلى للجنين . فان الجنين اذا كان آتياً بالمقعدة مثلاً فلا تجد أطرافه السفلى مجالاً للحركة في الجزء السفلى للرحم فتحاول الصعود الى القاع جاذبة معها المقعدة، وهناك تجد المتسع اللازم لحركتها فتستمر باقية فيه .

الوضع - هو العلاقة بين جزء ثابت للجنين واخلط المتوسط للأم .
وفي المجيء بالرأس والمقدمة يتخذ الظهر كجزء ثابت . فاذا كان الظهر متجهاً
الى الأمام واليسار فالوضع هو الأول . وان كان متجهاً الى الأمام واليمين
فالوضع هو الثانى . وفي الوضع الثالث يكون متجهاً الى الوراء واليمين وفي
الرابع الى الوراء واليسار . أما فى المجيء المستعرض فيؤخذ الرأس كنقطة
ثابتة . فاذا كان الرأس الى اليسار والظهر الى الأمام فالوضع هو الأول ، واذا
كان الرأس الى اليمين والظهر الى الأمام فالوضع هو الثانى ، وان كان الرأس
الى اليمين والظهر الى الوراء فالوضع هو الثالث ، وان كان الرأس الى اليسار
والظهر الى الوراء فالوضع هو الرابع .

وفي المجيء بالرأس أو المقدمة يكون الوضع الأكثر حصولاً هو
الوضع الأول الذى يكون فيه الظهر متجهاً الى الأمام واليسار .



الفصل السابع

﴿ الحمل وظواهره ﴾

الحمل هو الحالة التي تكون عليها المرأة من وقت العلق الى وقت قذف البويضة ، سواء كان بالولادة أو بالاجهاض .

مدته . — مدة الحمل التام المدة عشرة شهور قريية (أعنى ٢٨٠ يوماً) أو تسعة أشهر افرنجية وسبعة أيام ، تحسب من اليوم الأول لآخر طمث . وقد ذكر ونكل حالة طال فيها زمن الحمل الى ٣٢٢ يوماً . وقد شاهدت حالة باغ فيها الحمل ٣١٥ يوماً وبلغ فيها وزن الجنين ١٣ رطلاً .

﴿ ظواهر الحمل ﴾

تنوعات أعضاء التناسل . — يتنوع الرحم في جسمه وعنقه . فتنوعات الجسم تنقسم الى تنوعات طبيعية ، وتشريحية ، ووظيفية .
التنوعات الطبيعية للجسم . — يتنوع الجسم في وضعه ، وأجهاهه ، وحجمه ، وشكله ، وسمك جدره ، وقوامه ، ووزنه .

(الوضع) . — في غير أوقات الحمل يكون الوجه المقدم للرحم مجاوراً للمثانة ، وتكون قمة العنق على خط يصل ما بين الشوكتين الوركيتين . أما في نهاية الحمل فان قاع الرحم يكون في منتصف المسافة ما بين السرة والنتوء

الخنجرى . ويكون وضعه فى الأشهر المختلفة للحمل كما يأتى : --

فى نهاية الشهر الثانى	يكون الرحم فى حجم البرتقالة الكبيرة .
» الثالث »	» الرحم فى حجم رأس الجنين التام التكوين
» الرابع »	» القاع على منتصف المسافة ما بين المانة والسرّة .
» الخامس »	» القاع أسفل السرّة على قيد أصبعين .
» السادس »	» القاع فى محاذاة السرّة .
» السابع »	» القاع أعلى السرّة بسمك ثلاثة أصابع .
» الثامن »	» القاع فى منتصف المسافة ما بين السرّة والتواء الخنجرى .
» التاسع يرتفع القاع الى التواء الخنجرى .	
» العاشر يهبط الرحم الى ما كان فى الشهر الثامن .	

(الانجاء) . — فى أول الحمل يميل الرحم الى الأمام فيضغط على المثانة

ويكثر طلب التبول ، ويضغط العنق على المستقيم فيحدث امساكاً .

(الحجم والوزن والسمك) . — طول الرحم والعنق فى غير أوقات الحمل

٧,٥ سنتى ، واكبر عرض له ٤,٥ سنتى ، واكبر سمك ٣ سنتيمترات ، ووزنه من ٣٣ الى ٤٠ جراماً ، وتجويفه لا يسع إلا نقطة سائل أو نقطتين . أما فى نهاية الحمل فيبلغ طوله من ٣١ — ٣٦ سنتيمتراً ، وعرضه ٢٤ سنتيمتراً ، وعمقه من ٢١ — ٢٣ سنتيمتراً ، ووزنه من ٧٠٠ — ١٤٠٠ جراماً ، وتجويفه يسع من ٤ — ٥ لترات .

(الشكل) - الشكل الطبيعى للرحم كثرى مفرطح من الامام الى الورا

وفى الاشهر الستة الاولى يكون اكثر استدارة . اما فى نهاية الحمل فيصير بيضياً وازدياد حجم الرحم فى اول الحمل سببه ضخامة جدره ، اما فى الاشهر المتوسطة والأخيرة فن تمدده بسبب كبر البويضة . ولما كان هذا التمدد غير مصحوب بتضخم نسبي فسمك جدر الرحم يكون فى أواخر الحمل ارق منه فى الأشهر الاولى .

(القوام) . — تقل صلابة الرحم وتصير جدره رخوة مرنة .

تنوعات العنق — يتنوع العنق فى قوامه ، وحجمه ، وشكله ، واتجاهه .

القوام — صلب في الحالة الاعتيادية يحس به كأرنبة الانف بل اصاب .
ولكنه يبدأ في اللين من ابتداء العلق . وهذا اللين يأخذ في الازدياد تدريجياً
مبتدئاً من قمة العلق ومتجهاً الى فوق حتى انه يعم العلق كله في نهاية الحمل .
ويتسبب هذا اللين من انسكاب سائل مصل في النسيجة العلق ، ومن
الاحتقان الدموي الذي يحصل مدة الحمل .

الحجم والشكل والاتجاه — يحدث للعلق قصر ظاهري تشترك ثلاثة
عوامل في تسببيه وهي :-

(١) اللين التدريجي للعلق يجعل الاصبع الباحث يحس بالجزء اللين
كأنه غير موجود (انظر شكل ٤٦)

(٢) لين وارتخاء النسيجة التي تصل الرحم بالمهبل تسمح للعلق بان
ينجذب الى فوق كلما ارتفع قاع الرحم ، فينتج من ذلك أن الجزء المهبطي للعلق
يصير قصيراً ، ولو ان تجويف العلق نفسه لا يحصل له قصر .

(٣) في أول الحمل يكون محور العلق موازياً لمحور المضيق العلوي للحوض .
ولكنه بتقدم الحمل يندفع محل اتصال العلق بالرحم الى الوراء ، وبذلك الرحم
جزءاً من قعر الكيس المقدم فينشأ عن ذلك ان الفوهة الظاهرة للعلق
تقترب من الجدار المقدم للمهبل ، ويقل بروز العلق في المهبل كما هو موضح
في (شكل ٤٦)

ويحصل للعلق تنوع آخر وهو ان تجويفه ينسد بكتلة مخاطية صلبة
تسمى بالسدادة العنقية (انظر شكل ٣٦ صفحة ١٠٥) . وتنشأ هذه السدادة
من ازدياد افراز الغدد العنقية . وهي تتألف من ثلاث طبقات : عليا رحمة ،
ومتوسطة عنقية ، وسفلى مهبلية . والعليا لا تحتوى على ميكروبات فهي اذاً
عقيمة . والمتوسطة تحتوى على كريات بيضاء تنصف بقدرتها على اماتة

الميكروبات فهي اذاً مُطَهَّرة . والسفلى تحتوى على ميكروبات كثيرة لا تكون مَرَضِيَّة الا اذا وجد التهاب مهبلى . وهذه السداة تساعد على منع الميكروبات من الوصول الى الرحم ، فان جميع الميكروبات لا تستطيع اختراق الطبقة المتوسطة ما عدا مكروب السيلان .



(شكل ٤٦) يوضح لين العنق والتغيرات التى تحصل فى وضع العنق مدة الحمل .
 فالرسم الثالث يشير الى العنق فى اول الحمل ، والثانى والاوّل يشير ان الى اللين التدريجى للعنق واقتراب جزئه المهبلى للجدار المقدم للمهبل . الجزء الغير المظلل يشير للجزء الذى لان من العنق .

• **التنوعات الفسيولوجية للمهبل .** — (الطبقة العضلية) . — تنمو بنسبة نحو الرحم .
 (الطبقة العضلية) . — يحصل فيها نمو عظيم ويسهل تمييز طبقاتها الثلاث .
 والنمو سببه ان الالياف تطول وتضخم وتتولد خلايا جديدة ليفية مرنة .
 (الطبقة المخاطية) . — يتنوع الغشاء المخاطى ويتضخم ويكون الساقط وهو الغشاء الظاهرى للجنين . وقد سبق شرحه فى الكلام على نمو البويضة .
التنوعات الفسيولوجية — فى الحالة الاعتيادية تكون خواص الرحم موجودة على الحالة الاثرية فقط ، والحمل هو الذى يظهرها . وهذه الخواص هى الاحساس ، والتهيج ، والتمدد ، والانتقباض ، والانكماش .

التنوعات التى تحدث لسائر الاعضاء التناسلية — المهبل — تتضخم الطبقة العضلية والطبقة المخاطية من الاحتقان الوعائى الذى يحدث مدة الحمل . والغشاء المخاطى يتغير لونه ويصير ازرق بنفسجياً . وفى الشهر الثالث والرابع تزول الثنيات الغشائية من جذب الرحم على الجدار المقدم للمهبل فى اثناء

ارتفاعه . اما في الاشهر الأخيرة فن ازدياد ضخامة الغشاء المخاطي تكبر الثنيات وتتدلى ورعاً ظهرت من الفرج .

(البوقان) . — يتضخم البوقان ويستطيلان . وفي أواخر الحمل يكون اتجاههما تقريباً عمودياً على الحوض . ومن غموق الرحم يصبح اتصال البوقين بالرحم في محل اتصال ثلثه العلوى بالثلث المتوسط بدلاً عن اتصالهما بالزاويتين العلويتين للرحم . (المبيضان) — يجذبان الى فوق خارج المضيق العلوى للحوض . وبسبب نمو الرحم بين طبقتي الرباط العريض يقتربان الى جانبي الرحم شيئاً فشيئاً حتى يلاصقانهما . والمشهور انه ينقطع افراز البويضات طول مدة الحمل . اما التفريعات التي تحصل مدة الحمل في الجسم الاصفر فقد سبق شرحها

في صفحتي ٦٢ و ٦٣

(الأربطة) . — يتضخم الرباطان المبرومان من الاحتقان الحوضي . ويمكن الاحساس بالرباط المبروم اليساري عند النحيفات ، ولا يمكن الاحساس باليميني وذلك بالنسبة لالتواء الرحم الى الجهة اليمنى .

العجان — ينحصر تنوع العجان في اللين الناتج من انسكاب مادة مصلية زلالية بين الطبقة العضلية والصفائية . وهذا اللين ضروري لأنه يسمح للعجان بالتمدد الكافي وقت الولادة .

(مفاصل الحوض) . — تلين اربطة وغضاريف المفاصل ، ويزداد حجم اكياسها الزلالية . وهذا اللين يساعد على اتساع الحوض قليلاً وقت الولادة ، ولو انه يجعل حركة الام متعذرة في الأيام الأخيرة للحمل .

(تنوعات الشدى) . — تنحصر تنوعات الشدى في الامور الآتية : —

١ . كبر حجم الاوعية السطحية للشدى وكبر حجم الشدى نفسه ، وتبدأ

من الشهر الثاني .

٢ . ظهور درنات مونتغومارى على الهالة الأصلية (من الشهر الثالث فما فوق) . وهى درنات لا لون لها تنشأ من تضخم غدد الجلد الدهنية و يبلغ عددها من عشرة الى عشرين درنه .

٣ . ازدياد دكونة الهالة الاصلية (من ابتداء الثالث أو الرابع) .

٤ . ظهور الهالة المبقعة (من الشهر الخامس فما فوق) ، وتنشأ من رسوب مواد ملونة حول الهالة الاصلية على شكل شبكة .

٥ . ازدياد صلابة الثديين .

٦ . ظهور الكولستروم . وهو سائل أصفر شفاف يمكن عصره من الثدي من أواخر الشهر الثانى أو الثالث . وتقتصر أهميته كعلامة للحمل اذا حصل عند بكرية الحمل ، لأن ثديى المتكررة قد يحتويان على لبن او كولستروم (لبناء) حتى ولو انقطعت عن الارضاع .

ومن الشهر السادس فما فوق تظهر خطوط حمراء لماعة متشعبة من الهالة الأصلية ، سببها التمدد السريع للثدى .

التأثيرات التى تنشأ عنه ضغط الرحم فى أثناء نموه . — متى ابتداء الرحم فى النمو فان ازدياد ثقله يجعله يضغط على المثانة ويسبب تهيجاً مثانياً تظهر أعراضه فى تكرار التبول . ولكن متى خرج الرحم من الحوض يزول هذا الضغط فتزول معه الأعراض . على أنه فى أسابيع الحمل الأخيرة عند ما يضغط رأس الجنين على الحوض تعود الأعراض ثانية .

(الامعاء) . — من جرأ ضغط الرحم على الامعاء تتعطل حركات الامعاء فتسبب امساكاً .

(الأوردة) . — من جرأ ضغط الرحم على الأوعية الحوضية تحصل دوالى فى أوردة الساقين وربما حدث تورم .

(جلد البطن). - بسبب ازدياد تمدد جلد البطن تزول مرونة الطبقات الغائرة للجلد، أى الأدمة الحقيقية وشبكة مالبيجى، وتمزق بعض أجزائها فيحدث ذلك خطوطاً حمراء تتشعب من جبل الزهرة. وهذه الخطوط تبيض فيما بعد ولذا تسمى بالخطوط البيضاء.

(الانبعاج السرى). - فى الشهر السابع والثامن يزول الانبعاج السرى، وفى الشهر الأخير يحل محله ارتفاع صغير.

ويحدث عند بعض الحوامل ان العضلتين المستقيمتين البطنيتين تنفصلان احدهما عن الاخرى ويكثر ذلك فى الحمل التوأمى. وفى الشهر العاشر يضغط الرحم على الحجاب الحاجز فيسبب عسراً فى التنفس، ويعطل حركة المعدة. ولكن فى الاسابيع الأخيرة يزول هذا الضغط بسبب هبوط الرحم الى الخوض

نوعات الاُمّهزة - (الدورة). يزيد مقدار الدم فى الجسم ولكن تهبط النسبة ما بين الكرات الحمراء ومصل الدم، أى أنه تحصل انيميا تكون اكثر وضوحاً فى الشهور الوسطى للحمل منها فى الشهور الأخيرة. ويزداد عدم الكرات البيضاء فيبلغ عددها من ٨ آلاف الى ١٥ ألفاً. وقد تزيد وقت الولادة الى عشرين ألفاً. وقد تبلغ خمسة وعشرين ألفاً. ولكن يقل عددها بعد الولادة بوقت وجيز. أما القلب فيتمدد قليلاً خصوصاً نصفه الأيمن. (التنفس). - يزيد افراز حمض الكربونيك ويصير التنفس صدرى باصراً

(الجهاز البولى). - يكبر حجم الكليتين وتحتقان، ويزيد مقدار ماء البول. وقد يحتوى بول بعض الحوامل على قليل من اللاكتوز بسبب امتصاص اللبن الذى يتكوّن فى الثديين، وهذا ما يسمونه بالبول السكرى الفسيولوجي. الجهاز الهضمى - تحصل اضطرابات فى الجهاز الهضمى عند أغلب

الحوامل، واعراضه هي الغثيان (الميل للقيء) والقيء وسيلان اللعاب والامساك . وتزداد الشهية للأكل غالباً ولكنها قد تنقص أحياناً . وغالباً يزداد وزن المريضة زيادة لا يعادلها كبر الرحم ومحتوياته . وتتراوح هذه الزيادة ما بين كيلوجرامين في الشهر الثامن وكيلوجرام ونصف في الشهر العاشر . ولكن بعض الحوامل ينقصن في الوزن ، وقد تصيبهن أعراض سببها سوء التغذية كسقوط الشعر وتسوس الأسنان .

الجهاز العصبي — تحصل للحوامل وعلى الأخص العصبية المزاج ، اضطرابات مختلفة الشدة في الجهاز العصبي ، سببها التهيج الذي يحصل للمراكز العصبية تهيجتها لتأدية المجهود العصبي العظيم اللازم لحصول الولادة . وتختصر أعراضه في اضطرابات الهضم ، والآلام العصبية ، والنوب المستيرية ، وتغير الطبع ، والميل لأمر غريبة مثل أكل أشياء كانت تأبى أكلها قبلاً ، وهذا ما يسمى بالوحم .

الرسوبات اللونية — ترسب مواد لونية في المواضع الآتية : — هالات الثدي ، والجزء السفلي للبطن ، وثنية الأربية والإبط ، وعلى خط يصل ما بين العانة والسرة وقد يرتفع الى التو الخنجري ، وحول الأعين والصدغين (الكلف) . وهذه الرسوبات تكون أشد دكونة عند السمر منها عند البيض ، وتزول بعد الولادة عادة ، ولكن قد يبقى بعضها خصوصاً ما كان منها على البطن .

✽ الغدد عديمة الأقية والحمل ✽

الغدة الدرقية — قد تتضخم الغدة الدرقية كثيراً أو قليلاً أثناء الحمل ، وتعود الى حالتها الطبيعية بعد الولادة . واذا كانت الحامل مصابة بالجواتر قبل الحمل ، فانه يكبر أثناءه . وفي بعض الأحوال النادرة قد تبلغ هذه الزيادة

حداً يستوجب اجراء عملية قطع قصبه الخنجره. ويظن الكثيرون بأن بعض أحوال الاكلسيا تسبب من نقص افراز الغدة الدرقية ، وأن الضخامة التي تحصل فيها مدة الحمل هي عمل دفاعي محدود .

الفرة النخامية - قد شوهدت عند بعض الحوامل أعراض يمكن نسبتها الى ضخامة الغدة النخامية ، وقد شوهد في أحوال نادرة حصول الاكروميغالى مدة الحمل . وينسب أيضاً ظهور السكر في بول بعض الحوامل الى تغيرات في الغدة النخامية .

الفرة فوق الكللى - يشاهد نادراً عند الحوامل حصول لين العظام (اوستيومالاسيا) . ويشاهد أيضاً تأثير حسن للادرينالين أى خلاصة الغدة فوق الكللى على هذا المرض . مما يثبت أن لنقص افراز هذه الغدة دخل في هذا المرض .

✽ تشخيص الحمل ✽

من أهم النقاط التي تعرض للمولد تشخيص الحمل . لأنه اذا حكم بأن المرأة حامل وهي غير حامل مثلاً فإن الأيام تثبت خطاهه ، وقد يكون هذا الحكم في منتهى الخطارة ، كما في الاحوال التي تتعلق بشرف امرأة . ولذا يلزم الاحتراس في تشخيص الحمل وعدم البت في شىء قبل التيقن من صحته . ومما تجب ملاحظته ان الحمل قد يحصل قبل البلوغ عند البنات اللواتي يحضن قبل الأوان . فقد شوهدت جملة أحوال من هذا النوع عند أطفال لم يبلغن أكثر من ثمانى سنوات . وقد يحصل الحمل أيضاً بعد بلوغ سن اليأس ، فقد ولدت امرأة في سن الخمسين بعد انقطاع طمثها بخمس سنوات . وقد ذكر ديار انه ولدت امرأة في التاسعة والخمسين من انقطاع طمثها بتسع سنوات .

﴿ علامات الحمل في أواخر الشهر الثاني القمري ﴾

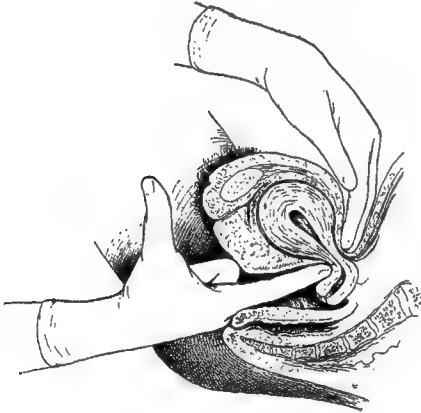
أول علامة من علامات الحمل هي انقطاع الطمث . وهذه العلامة تعتبر من العلامات الظنية فقط وذلك لشيئين : (١) انه قد ينقطع الطمث ولا تكون المرأة حاملاً كما يحصل في الانبياء، ومدة الرضاع، وفي الدرن الرئوى، وعند بلوغ سن اليأس . (٢) انه قد يحصل الطمث بالرغم من وجود الحمل (وهو ما يسميه العوام بالحمل الغزلائى) وهذا نادر الحصول ، وان حصل فلا يتعدى نهاية الشهر الثالث عند ما يتلصق الساقط الرحمى بالساقط المغلف . كما انه قد تحصل أنزفة مدة الحمل يسهل الالتباس بينها وبين الحيض .

ومن ابتداء الشهر الثانى ينتاب الحامل غثيان وقئ فى الصباح ، وازدياد افراز اللعاب ، وربما دام ذلك الى نهاية الشهر الرابع . ثم انه من ضغط الرحم على المثانة يكثر الميل الى البول . ويتلو ذلك كبر حجم الثدي عند بكرىات الولادة، وازدياد صلابته ، وازدياد دكونة الهالة الاصلية واتساعها . ثم انه من ازدياد ثقل الرحم وهبوطه فى الحوض يتفرطح البطن .

العلامات المهبلية — اذا نظرنا الى الوجه الباطن للفخذين نجد أن الأوردة السطحية متمددة ، وان الفرج قد ابتدأ لونه يصير اردوازيًا ، وان الغشاء المخاطى المهبلى قد أخذ فى الازرقاق أيضاً . واذا أدخلنا أصبعاً داخل المهبل نجده مندى بنائل ، وألين مما كان قبل الحمل . فاذا دفعنا الأصبع الباحث الى فوق فقد نشعر بنبضات الشرايين المهبلية فى قعور الاكياس ، ومتى وصلنا الى العنق نجده قد ابتدأ يلين .

وازرقاق الغشاء المخاطى قد يحصل فى بعض الأورام الليفية ، ولكنه لا يحصل الا فى الاورام الكبيرة الحجم جداً ، وبدرجة أقل مما يحصل فى الحمل ، وقد يحصل أيضاً عند المصابات بأمراض القلب .

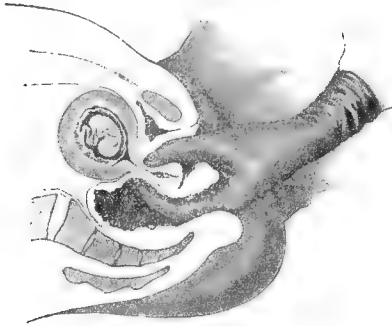
صُغَامَةُ الحَالِبِينَ — في مدة الحمل يضخم الحالبان . ويمكن الاحساس بضخامتهما اذا وضعنا أصبعنا في المهبل خاف الارتفاق العاني في جهته العليا وعلى أحد الجانبين ، ثم جذبنا الأصبع الى الأسفل والوحشية خلف العظم العاني . فان الحالب الذي يكون موضوعاً هنا ما بين الجدارين الخلفي للمثانة والمقدم للمهبل يزاح الى الامام نحو العانة وينزلق تحت الأصبع الباحث . والحصول على هذه العلامة يستدعى بعض التمرين ، وقلماً يستعين الطبيب بها على تشخيص الحمل .



(شكل ٤٧) علامة هيجار (تويدى)

عزومة هيجار — هذه العلامة مهمة جداً وتعتبر من العلامات الاحتمالية . وهى مبنية على كون البويضة لا تملأ في الشهر الثانى والثالث للحمل الا الجزء العلوى للرحم ، ويبقى الجزء السفلى خالياً ما دام الساقط المغلف لم يلتصق بالساقط الرحمى . وفي هذين الشهرين تلين الطبقة العضلية للرحم وتكون

ليوتها في الجزء السفلي أوضح بكثير منها في القاع أو في عنق الرحم . فإذا وضع أصبع أو اثنان في قعر الكيس المقدم ، ودفع الرحم الى فوق حتى يخرج من الحوض ويسهل الاحساس به من البطن ، ثم وضعت اليد الأخرى على البطن وثني الرحم الى الأمام وغرِزت أطراف الأصابع خلف جسمه حتى تقترب من الأصابع التي في المهبل ، فأننا نجد الجزء السفلي للرحم ليناً وسهل



(شكل ٤٨) علامة هيجار
الطريقة المهبلية المستقيمة ، وتستعمل عند النساء السمينات (دى لى) .

الانضغاط الى حد أن يجعلنا نظن أنه غير موجود. ولهذا يحسّ بالعنق والقاع كأنهما منفصلان أحدهما عن الآخر ، ويحس بالجزء العلوى للرحم كورم كروى متوتر مرن (انظر شكل ٤٧) . وعلامة هيجار لا تكون موجودة إلا في الشهر الثاني والثالث وأوائل الرابع فقط . وعند النساء السمينات تستعمل طريقة أخرى للحصول عليها ، وهي أن نضع الإبهام في المهبل والأصبع السبابة في المستقيم ، ثم نضع اليد الأخرى على البطن وندفع جسم الرحم لأسفل حتى يمكن امساك قسمه السفلي بين الأصبعين . وعلامة هيجار قد

تبقى بعد الولادة الى زمن قصير، خصوصاً في أحوال الاجهاض التام والناقص، وهذا ينقص من قدرها في التشخيص . ولا يجوز الالتجاء اليها عند اللواتى تعودن الاجهاض اذ قد يتعرض الاجهاض بسببها .

المعلومات الرحمية - يكبر حجم الرحم ويصير في حجم البرتقالة ، وتطول أقطاره المقدمة الخلفية فيصير كروياً . والباحث المدقق قد يحس قرب القاع بخط عمودى أو مائل يدل على محل التصاق البويضة .

✽ في أواخر الشهر الثالث القمري ✽

تزداد العلامات السابقة وضوحاً . ويصير الرحم في حجم رأس الجنين التام المدة . واذا عصرنا الثدي قد ينزل منه بعض نقط من الكولستروم .

✽ الشهر الرابع القمري ✽

من أول هذا الشهر يرتفع الرحم الى أعلى المضيق العلوى ، ويحس به بطنياً اذ يصل حتى منتصف المسافة بين العانة والسرة . وبالنسبة لخروجه من الحوض يزول الضغط عن المثانة ، وينقطع القيء أيضاً . وبارتفاع قاع الرحم يجذب العنق الى فوق ويصعب الوصول اليه . أما الثديان فيكبران ويفرزان اللباء ، ويزداد رسوب المواد الملونة في الهالة الأضلية . أما الخط الأبيض فيصير معتماً ، ويظهر الكلف على الوجه . ويزداد ازرقاق الغشاء المخاطى ولين العنق ويأخذ الرحم في الرجوع الى شكله الكثرى ، وعند الاحساس به بالجلوس المزدوج يشعر بمرونة فيه سببها امتلاء الكيس الامنيوسى بالسائل .

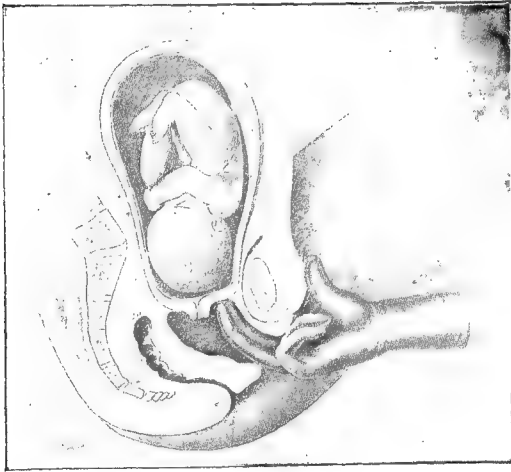
والشهر الرابع يتميز بحصول ثلاث علامات مهمة فيه وهى : الانقباضات الرحمية ، والهزة القسرية ، واحساس الأم بحركات الجنين .

الانقباضات الرحمية - تظهر في أواخر الشهر الرابع . ويمكن الشعور بها اذا وضعنا اليدين حول الرحم ، فاننا نحس بأن الرحم تشتد صلابته من حين لآخر . ويتقاضى الحصول عليها في بعض الأحيان صبراً طويلاً . وهي من العلامات المهمة ، ولكنها قد تحصل أيضاً في الأورام الليفية اللينة ، وفي الرحم المتضخم بسبب الحمل البوقي . وقد يحدث أن لا يعم الانقباض الا جزءا من الرحم فقط فيكسبه ذلك شكلاً غريباً قد يكون سبباً في الخطاء في التشخيص ، فيظن أن الحمل في أحد قرني رحم ذى قرنين أو أنه حمل بوقي . وفي هذه الأحوال يجب الانتظار ريثما يزول الانقباض .

مرقات الجنين - تبدأ الأم في الشعور بحركات الجنين في الاسبوعين الاخيرين للشهر الرابع . وهذه العلامة تعتبر من العلامات الاحتمالية عند متكررات الولادة لتعودهن على الشعور بها . أما عند البكرات فقد تلبس بحركات الامعاء وغيرها .

الهزة القسرية - (انظر شكل ٤٩) للحصول عليها نضع أصبعين في قعر الكيس المقدم ، وندفعهما فجأة الى فوق في اتجاه الرحم . ثم نقيهما في وضعهما برهة . فاذا كان الجنين في الجزء السفلي للرحم أمكن الاحساس بانتقاله الى فوق . وكثيراً ما يرجع الى الجزء الذي كان شاغلاً له ، ويصدم الاصبعين الموضوعين عليه صدمة خفيفة (صدمة الرجوع) . وحصول هذه الظاهرة يتوقف على شرطين : (الأول) أن يوجد مقدار كاف من السائل الامنيوسي ليعوم الجنين فيه ، والثاني أن يكون الجنين ذا حجم يمكن الاحساس به . وهذا الشرطان يكونان متوفرين في الشهرين الرابع والخامس . ولكن من ابتداء الشهر الثامن يصعب الحصول على الهزة القسرية ، لأن السائل الامنيوسي لا يكفي وقتئذٍ لأن يعوم فيه الجنين .

وتلتبس الهزة القسرية بالصدمة التي تحصل من دفع حصوة في مثانة ممتددة بالماء ، أو من دفع ورم خبيث عائم في استسقاء زقي . وتلتبس أيضاً بالاحساس بنبضات الشريان الرحمي . فأننا عند ما ندفع الأصبعين الى أعلى قد نضغط على الشريان فتتقف نبضاته ، ومتى خف الضغط قليلاً يرجع النبض ثانياً فيحدث رجوعه احساساً شديداً الشبه بصدمة الرجوع ، وهذه الأسباب تعتبر الهزة القسرية من العلامات الاحتمالية فقط .



(شكل ٤٩) الهزة القسرية (تويدى)

* الشهر الخامس *

في الشهر الخامس تظهر العلامات الآتية : —

- (١) يصل قاع الرحم الى منتصف المسافة التي بين العانة والسرة .

(٢) تظهر الهالة المبقعة وعدد موتوغومارى :

(٣) تسمع ضربات قلب الجنين فى آخر الشهر الخامس القمري أو أوائل السادس . وهى تشبه دقات الساعة اذا وضعت تحت وسادة . وعددها من ١٢٠ - ١٦٠ فى الدقيقة ، وتقل أثناء الانقباضات الرحمية ، وعند انضغاط الحبل السرى وقت تخليص الجنين . ويزيد عددها اذا أصيبت الأم بالحمل أو اذا اكثرت الجنين من الحركة . وتكون ضربات قلب الجنين أكثر وضوحاً على جزء جسمه الأكثر ملاصقة للجدار الرحمى المقدم .

(٤) النفخ الرحمى . وهو لفظ يحدث من مرور الدم فى الشرايين الرحمية . وهو مزامن لنبض الأم . والنفخ الرحمى يسمع فى الاسبوع الأخير للشهر الرابع أحياناً أعنى قبل ضربات قلب الجنين . وقد يمكن سماع النفخ الرحمى فى أحوال أخرى غير الحمل مثل الأورام الرحمية الليفية .

(٥) ازدياد وضوح علامات الشهور السابقة . أما العنق فيلين ثلثه السفلى وعند تكررات الولادة يسمح بدخول الجزء الظفرى للأصبع ، ولكنه يبقى مغلقاً عند البكر .

✽ من الشهر السادس الى العاشر القمري ✽

فى السادس يبلغ قاع الرحم الى السرة ، ويزداد وضوح العلامات السابقة . وفى السابع يبلغ أعلى السرة بسمك أصبعين ، وفى الثامن يبلغ منتصف المسافة ما بين السرة والتواء الخنجرى . ويصعب الحصول على الهزة القسرية . ويلين العنق فى ثلثيه الأسفلين . وفى التاسع يبلغ قاع الرحم التواء الخنجرى ، ويضغط على الحجاب الحاجز فيعسر التنفس . وفى العاشر يهبط ثانياً الى منتصف المسافة ما بين السرة والتواء الخنجرى . وفى الأشهر الثلاثة الأخيرة تظهر خطوط فى الجزء السفلى للبطن متشعبة من جبل الزهرة ،

سببها زوال مرونة الطبقات الغائرة للجلد من شدة تمدده . وهذه الخطوط تكون حمراء مدة الحمل ولكنها تبيض فيما بعد . وإذا وضعنا يدينا على جانبي الرحم ودفعنا الجسم أو الأطراف بسرعة يجوز أن نشعر بازاحتها . ويسمى هذا الشعور بالهزة القسرية الظاهرية .

وفي الأسبوعين الأخيرين من الشهر العاشر يزول عسر التنفس بهبوط الرحم في الحوض ويكثر الميل للتبول بسبب ضغط الرحم على المثانة .
وعلامات الحمل على وجه العموم تنقسم الى علامات ظنية ، واحتمالية ، وأكيدة . والعلامات الأكيدة لا تظهر إلا في أواخر الشهر الخامس القمري .

العلامات الظنية	العلامات الاحتمالية	العلامات الأكيدة
سيلان الغاب	تنوعات الثدي .	الاحساس باجزاء الجنين .
النشيان أو الميل لقيء	الهزة القسرية .	ضربات قلب الجنين .
قيء الصباح ،	أزرقاق الششاء المخاطي المبلى .	حركات الجنين إذا رآها أو
رسوب المواد الملونة .	ازدياد قوة النبض في قعر الأكياس	احس بها للولد .
الوجع .	لين المتقى .	النفخ السرى ، ويسمع في
انقطاع الطمث .	علامة هيجار .	الاحوال التي يكون فيها الحمل
كبير حجم البطن .	كبير حجم الرحم .	السرى مضغوطا أو ملتويا .
	حصول الانتباذات الرجبية المنقطعة .	وهو مزامن لضربات قلب
	النفخ الرحمي .	الجنين .
	ضغط الحالبين .	

الأمراض التي تلتبس بالحمل المبترى - هي : (١) عدم رجوع الرحم على ذاته ، والالتهاب الرحمي الجوهري ، والأورام الليفية الصغيرة وعلى الأخص الأورام تحت المخاطية ، لأنها كلها تسبب كبراً في حجم الرحم . ولكن الحمل يتميز عنها بأنه يكون مصحوباً بانقطاع الطمث .

(٢) انقطاع الطمث بسبب الانيميا أو السل أو بلوغ سن اليأس . وهذه الأمراض كلها لا تكون مصحوبة بكبير حجم الرحم .

وقد يكون انقطاع الطمث مسبباً عن تجمعه في تجويف الرحم ، إما لانسداد العنق بأثرة التحام أو لانسداد المهبل الخلقى . وهنا يصعب التشخيص لأن حجم الرحم يكبر أيضاً . ولكن هذه الأحوال تكون مصحوبة بعلامات عسر الطمث اذا كان السبب انسداد العنق بأثرة التحام . وبعدم ظهور الطمث أصلاً في أحوال انسداد المهبل الخلقى .

الامراض التى تشبه بالحمل المتفرد — هى : — أورام الأكياس المبيضية ، والأورام الرحمية وخصوصاً الليفية ، والاستسقاء الزقى ، والحمل الكاذب . وهذا الأخير يحصل عند عصبية المزاج ، وعند اللواتى يرهبن الحمل ، أو العاقرات المتشوقات اليه ، فيُخَيَّل اليهن " انهن " حوامل وبالأخص عند دنو سن اليأس وانقطاع الطمث . وتظهر عندهن " بعض الأعراض كقئ الصباح وأعراض الوحم وكبر حجم البطن ، وظهور اللبن في الثديين ، ويشعرن بحركات مستمرة فى البطن ينسبنها لحركات الجنين . فاذا دنا ميعاد الولادة شعرن بآلام شبيهة بآلام الولادة . وقد يتفق أن ينزل من الرحم بعض نقط من الدم ، أو لا ينزل ، ثم تزول الاعراض . وهؤلاء المرضى يترددن كثيراً على عيادات الأطباء لاستشارتهم فلا يجد الطبيب عند الفحص أى علامة من علامات الحمل الاحتمالية ، ولا الأكيدة فيحكم بأنهن " لسن " حوامل . ولكن يصعب جداً اقناعهن " بذلك حتى ولو بعد فوات ميعاد الحمل ، اذ يظلمن معتقدات بأن الجنين ميت فى بطونهن " . والعلامات المميزة للحمل فى هذه الأحوال هى انقطاع الطمث وموافقة حجم الرحم لعدد شهور انقطاعه ، وظهور علامة من العلامات الأكيدة . وتتميز الأكياس المبيضية بكونها أقل توتراً من الرحم الحامل ، ويمكن الحصول على تموجات فيها اذا تفر على أحد جانبيها بأحدى اليدين ، وسند الجانب الآخر باليد الأخرى . أما الأورام

الليفية فاذا لم تكن مستحيلة استحالة كيسية فيحس بأنها أشد صلابة من الرحم ولو كان منقبضاً. وهي أيضاً أقل انتظاماً في سطحها. أما الاستسقاء الزقي فتتغير فيه رناية البطن وأصميتها بحسب وضع المريضة. فان نامت على جنبها الأيمن تحول السائل اليه فيعطى صوتاً أصم عند القرع، فاذا تحولت الى الجنب الأيسر رجع له الصوت الرنان عند القرع، وصار الجانب الآخر أصم، وهكذا. واذا نامت المرأة على ظهرها طفت امعاؤها الى فوق فتعطى البطن صوتاً رناناً عند القرع على الوجه المقدم وأصم في الجانبين.

﴿ تعيين سن الحمل ويوم الولادة ﴾

اذا علمنا تاريخ آخر حيض سهل علينا أن نعين سن الحمل، ولكننا لا نسلم من الخطأ لأنه قد يجوز حصول الحمل في فترة يكون فيها الطمث منقطعاً لسبب آخر كالرضاع، أو الدرن الرثوي، أو الأنيميا. وأيضاً لأن الجماع المخصب قد لا يحصل قريباً من الحيض. ولذلك يجب مقارنة ذلك بحجم الرحم ودرجة ارتفاعه في البطن، وكذلك بتاريخ أول مرة تشعر فيها الحامل بحركات الجنين. أما ارتفاع قاع الرحم فقد سبق الكلام عنه، ولكن الاعتماد عليه وحده قد يكون منبع خطأ في الحكم أيضاً. فان سمك الجدر البطنية، وحجم الجنين، ومقدار السائل الأمنيوسي، وقامة الأم تحدث اختلافات ظاهرة. كما أن الحمل التوأمي يجعل حجم الرحم اكبر مما يناسب أشهر الحمل. وفي ضيق الحوض والأورام الحوضية لا يدخل الرأس الحوض في أواخر الحمل فيظهر الرحم اكبر من حقيقته.

أما حركات الجنين فتحس بها متكررة الحمل في الأسبوع السادس عشر (آخر الشهر الرابع القمري). وقد وضع مكدونالد قانوناً يسهل بواسطته

معرفة سن الحمل بعد الأسبوع السادس والعشرين (أى بعد ستة شهور قمرية ونصف) ، وطريقته هى أن تقيس المسافة بين الحافة العليا لعظم العانة وبين قاع الرحم وتقسم طولها على $3\frac{1}{4}$ يكون الخارج عدد الأشهر القمرية . فإذا وجدنا طولها ٣٠ سنتيمتراً مثلاً ، يكون سن الحمل ٨ شهور قمرية ونصف تقريباً .

أما لتعيين يوم الولادة فهناك أربع طرق : —

(١) تاريخ انقطاع الطمث — اذا علمت الحامل تاريخ آخر حيض لها ، نضيف ٢٨٠ يوماً على أول يوم لآخر حيض ، فحاصل الجمع هو يوم الولادة . ويوجد طريقة أخرى سهلة لتعيين يوم الولادة اذا علم تاريخ انقطاع الطمث . وهى مبنية على ان مدة الحمل ٢٨٠ يوماً تقريباً أى عشرة شهور قمرية أو تسعة شهور افرنجية وسبعة أيام . وطريقتها هى أن نطرح ثلاثة شهور من أول يوم لآخر حيض ، ثم نضيف سبعة أيام فيكون الحاصل هو تاريخ الوضع فى السنة التالية ، أو فى السنة نفسها اذا حصل الحمل فى شهرها الأولين . مثال ذلك اذا كان أول يوم لآخر حيض هو أول ابريل ، نطرح ثلاثة شهور ، يكون الباقي هو أول يناير ، يضاف اليه سبعة أيام يكون المجموع ٨ يناير . وهو يوم الولادة فى السنة التالية .

(٢) احساس بحركات الجنين — تحس متكررة الولادة بحركات الجنين فى الاسبوع الثامن عشر . فاذا علمنا تاريخ احساسها بحركات الجنين يضاف اليه واحد وعشرون اسبوعاً .

(٣) ارتفاع قاع الرحم — وقد سبق شرحه .

(٤) سقوط الرحم الى الأمام والاسفل — ويحصل ذلك فى الثلاثة الأسابيع الأخيرة للحمل عند بكرىات الولادة ، والأيام الثلاثة الأخيرة عند متكرراتها . وتتمكن معرفة ما اذا كان الرحم قد سقط الى الأمام أو لم يسقط

بوضع راحة اليد على القاع ، فاذا كان الرحم قد سقط فاليد تتركز بسهولة على القاع كارتكازها على رف ، وان لم يكن قد سقط فلا يمكن ارتكاز اليد على القاع لانه يكون منحدرًا .

والطرق التي ذكرت كلها تقريبية فقد يحصل فيها الخطاء في اسبوع أو اسبوعين زيادة أو نقصًا . ولكن بمقارنة الطرق الثلاث الأولى بعضها ببعض يمكن الوصول الى نتيجة خطأؤها قليل .

✽ تشخيص وفاة الجنين ✽

قد يُسأل الطبيب في بعض الأحيان عما اذا كان الجنين حيًا أو ميتًا . والجواب على هذا السؤال قبل وصول الحمل الى الشهر الخامس في منتهى الصعوبة . ولكن متى وصلنا للشهر الخامس فسماع ضربات قلب الجنين دليل على حياته . أما اذا لم تسمع الضربات بعد التسمع المتكرر على ثلاثة أيام متوالية فالجنين ميت .

أما العلامات التي تشعر بها الوالدة فهي انها كانت تحس بحركات الجنين ثم زادت هذه الحركات يومًا ما ، ثم لم تعد تشعر بها بعد ذلك . وان قابليتها للطعام قلت . واذا طالت مدة بقاء الجنين ميتًا في الرحم تضعف قوتها وتنفخ ، وتشعر بطعم كريه في فمها ويصفر لونها . أما قاع الرحم فلا يأخذ في الارتفاع كما لو كان الجنين حيًا بل في الغالب يهبط عما كان عليه .

التأثيرات التي تنشأ عنه وضع مريض

قد يكون من المهم من الوجهة الطبية الشرعية أن تعرف الآثار التي يتركها الحمل سواء أكان حملًا تام المدة أم اجهاضًا فنقول : ان العلامات التي

يستدل منها على ان الريضة وضعت أو اجهضت من اسبوع أو اثنين تنقسم الى علامات عمومية وعلامات موضعية ، فالعلامات العمومية هي التغيرات الشدية ، والبطنية . فالثديان يكونان ممثلين ويحتويان على لبن ، ويمكن أن يرى في محل اتصالها بالجسم خطوطاً بيضاء متشعبة ناشئة عن تمدد الجلد . أما جدر البطن فتكون مرتخية ، ويكون جلدُها مبقعاً ، وفي جزئه السفلي ترى الخطوط البيضاء المتشعبة من جبل الزهرة التي سبق ذكرها .

أما العلامات الموضعية فتركزها الرحم والعنق والمهبل والفرج . أما الرحم فتختلف درجة تضخمه بحسب المدة التي تكون مضت بين تاريخ الفحص ويوم الولادة . وفي الاسبوع الأول يكون العنق ليناً ويسمح بدخول الأصبع حتى يتعدى الفوهة الباطنة . وقد توجد تمزقات صغيرة في العنق ، وبالأخص في جهته اليسرى . وبالمناظر يرى العنق محتقناً ومغطى بافرازات .

أما المهبل فتكون ثنياته الطبيعية غير واضحة تماماً . انما يشاهد بأن غشائه المخاطي منثنٍ على نفسه في جملة مواضع ، وقد يرى فيه تسليخات سطحية وأنزفة صغيرة . وغشاء البكارة يكون متمزقاً في جملة مواضع ، وتصل التمزقات الى محل اندغامه في المهبل . وتكون الزوائد الآسية محتقنة ومتورمة .

أما الشوكة عند البكاري فتكون متمزقة أيضاً ، وقد يم التمزق جزءاً من العجان . وتمزقات العجان من الأدلة الأكيدة على حصول ولادة في تمام الحمل ، اذا اصطحبت بالعلامات السابقة . وقد يوجد بعض تمزقات سطحية حول قناة مجرى البول . والتمزقات التي تشاهد في كل هذه المواضع تكون في حالة التئام بالأزوار اللاحمية . ويكون السائل النفاسي دموياً في الاسبوع الأول ، وخليطاً من سائل مصلي ودم في الاسبوع الثاني . وفي نهايته يكون مصلياً . وقد يحتوي على دم بحسب درجة رجوع الرحم على ذاته .

أما بعد الاجهاض فتكون العلامات قليلة الوضوح . وبعد اسبوع من حصوله قد لا تشاهد علامات يمكن البت منها على تشخيص اجهاض حديث . فاذا لم تشاهد الحالة بعد الاجهاض بيوم أو اثنين فلا يجوز اعطاء رأى قاطع فى التشخيص .

هذه هى العلامات التى يستدل منها على حصول وضع حديث ، ولكن اذا مضى على الوضع (بعد حمل تام المدة) زمن طويل ، فالعلامات التى تبقى هى أن الثديين يكونان مرتخيين ومتدلين قليلاً ، والحمائم تكون بارزة ، والهالة الأصلية متسعة ، ويكون باقياً من الهالة المبقعة بعض آثار . ولكن كل هذه العلامات قد لا توجد عند اللواتى لم يرضعن أطفالهن .

أما جدر البطن فتكون مرتخية نوعاً ، واكبر مما تكون عند التى لم تحمل . وهذه العلامات ليست بآتة فقد تظهر عند المصابات بالامساك المزمن ، والانتفاخ الغازى للأمعاء ، وعند السمينات اللاتى هزلن . فالخطوط البيضاء قد لا توجد عند اللواتى يرضعن قبل تمام المدة ، وقد توجد عند السمينات أو اللاتى عندهن أورام بطنية أو استسقاء زقى . وتمزق العجان قد يحصل من الجماع عند البنات المتزوجات وهن صغيرات السن . وليس اتساع الفرج من الأدلة المهمة فانه يشاهد كثيراً عند اللواتى لم تلدن خصوصاً عند اللواتى يتزوجن فى صغرهن .

أما موضعياً فان الرحم يكون عند اللواتى ولدن اكبر منه عند اللواتى لم يلدن . ولكن قد يكون هذا الكبر مسبباً عن التهاب رحمى جوهري . أما علامات عنق الرحم مثل وجود تمزقات فيه خصوصاً التمزقات المتعددة فاذا استثنينا منها ما كان ناشئاً عن عمليات سابقة فالأغلب انها تثبت وجود حمل سابق .

﴿ تدبير صحة الحامل ﴾

انه وان كان الحمل عملاً فسيولوجياً ولكنه يصطبغ أحياناً بأخطار جمة تقتضى العناية الشديدة خصوصاً فى الحمل الأول لأن الأجهزة الأمية تكون فيه غير معتادة على المجهود اللازم لتغذية الجنين وافراز متخلفات غذائه . ولذا يجب على الحوامل أن يسرن على مقتضى قوانين حفظ الصحة . فلا يأكلن مأكلاً عسرة الهضم ولا يكثرن من شرب المنبهات كالقهوة والشاى ، ولا يستعملن الرياضة العنيفة . واتقاء لحصول الامتنصاص العفن مدة الحمل يجب أن يتعاطين مليّنات خفيفة من وقت لآخر وأن يتمتعن بتناك عن تعاطى المسهلات القوية الفعل خوفاً من حصول الاجهاض ، وأن يشرين مقادير كبيرة من الماء لتساعد على الافراز . ثم يجب عليهن غسل أعضاء التناسل الظاهرة بالماء الدافى صباحاً ومساءً . وأن لا يلبسن مشدات ولا أجزمة ضيقة . وينبى الاقلال من الجماع طول مدة الحمل . أما اللواتى تعودن الاجهاض فعليهن أن ينقطعن عنه بتاتاً ، وخصوصاً فى الأشهر الأولى للحمل . وعند متكررات الولادة اذا كانت جدر البطن مرتخية يستحسن أن يلبس حزام بطنى متناسب الضغط .

وفى الشهرين الاخيرين للحمل يلزم غسل الحلمتين بمحلول مركب من أجزاء متساوية من ماء الكولونيا والماء العادى صباحاً ومساءً ، لتقوية جلدهما لتحمل الرضاع . وهذا القانون يلزم الانتباه اليه خصوصاً عند البكرات . واذا كانت الحلمة غائرة وجب جذبها قليلاً قليلاً كل يوم بعد غسل الايدى جيداً ، والاستمرار على ذلك حتى يصير شكلها طبيعياً .

ويلزم بحث بول الحوامل من وقت الى آخر من أول الشهر السادس ، خوفاً من وجود زلال فيه . ويجب أن ينبّه على الحوامل أن يستشرن الطبيب

في الأحوال الآتية: — (١) اذا قلت كمية البول ، (٢) اذا أصابهن صداع مستمر ، أو (٣) اضطراب في النظر ، أو (٤) تورم في الوجه أو الأطراف أو الفرج ، أو (٥) اذا حصل لهن أنزفة مهنا كانت خفيفة ، أو (٦) اذا استعصى عندهن الامساك .

ثم يجب على الحامل أن تبعد عن الاضطرابات العقلية أو الاستسلام للحزن والكدر .

أما الزروقات المهبليّة فلا تفعل إلا عند شدة لزومها لأنها قد تسبب الاجهاض في بعض الاحيان . واذا عملت يلزم أن تعمل بماء فاتر . وألا يزيد ارتفاع الزارق أكثر من عشرة سنتيمترات عن محاذاة حوضها .

الفصل الثامن

الولادة وظواهرها

الولادة اصطلاحاً هي عبارة عن سلسلة الأعمال التي بواسطتها يتم انفصال الجنين من الأم وتخليصه منها .

وقد ذكرنا سابقاً ان مدة الحمل هي ٢٨٠ يوماً ، اعني عشرة شهور قمرية . ولكن قد تتم الولادة في أي شهر من هذه الشهور ، وفي أحوال نادرة قد تزيد المدة عن عشرة شهور وتسبب ما يسمى بالولادة المؤجلة . وعلى ذلك فتقسم الولادة الى خمسة أقسام بحسب تاريخ حصولها وهي : —

(١) الاجهاض المفضي ، ويحصل قبل تمام تكوين المشيمة ، اعني قبل بداءة الشهر الرابع القمري .

(٢) الدم هاضم الجنين ، ويحصل بعد تكوين المشيمة ، ولكن قبل أن يكون الجنين قابلاً للحياة ، اعنى من أول الشهر الرابع الى آخر الشهر السابع القمري .

(٣) الولادة المعجلة ، وتحصل من وقت صيرورة الجنين قابلاً للحياة الى ما قبل الولادة الطبيعية ، اعنى من آخر السابع الى ما قبل نهاية العاشر القمري .

(٤) الولادة الطبيعية ، وتحصل في نهاية الشهر العاشر القمري .

(٥) الولادة المؤجلة وتحصل بعد الشهر العاشر القمري .

الاسباب التي تخرصه الولادة الطبيعية — لم يعرف لغاية الآن السبب الذي يمرض الولادة في نهاية الشهر العاشر القمري دائماً . وكل الأسباب التي عرفت لغاية الآن تخمينية وأهمها أربعة : —

(١) انه في نهاية الحمل يكبر حجم الجنين الى حد لا يستطيع الرحم أن يحمل أكثر منه ، فتقبض جدره ويقذف الجنين .

(٢) انه وان كان الحيض ينقطع مدة الحمل ، ولكن جدر الرحم يحصل لها تهيج في ميعاد الحيض يزيد شهراً بعد شهر حتى يبلغ أشده في نهاية الحمل .

(٣) ان خلايا الساقط الحقيقي يحصل لها استجابة شحمية في أواخر الحمل ، يصير الجنين عند تمامها كأنه جسم غريب في باطن الرحم فيهيجه .

(٤) انه كلما زاد الجنين زاد افرازه لثاني اوكسيد الكربون . ولما كان

ثاني اوكسيد الكربون من العوامل التي تهيج المركز العصبي للاتقباضات

الرحمية الموجود في النخاع المستطيل ، فمن المحتمل انه في نهاية الحمل يبلغ

افراز ثاني اوكسيد الكربون مقداراً كافياً لتهيج مركز الاتقباضات لدرجة

تحدث الولادة .

طبيعة الانقباضات الرحمية — ينقبض الرحم اثناء الولادة بكيفية تمنع حصول الضرر للأم والجنين ، وذلك بان تكون انقباضاته متقطعة وليست مستمرة . فان حصول الانقباضات بهذه الكيفية يسمح لأنسجة الأم بان يسير فيها الدم بسهولة في الفترة ما بين الانقباضات ، فيمنع التأثير المضر الذي يمكن ان يحصل من استمرار الضغط عليها . ثم ان هذه الفترات أيضاً تسمح للمراكز العصبية والمجموع العموي لجسم الأم بان تتجدد قواها . أما من جهة الجنين فلو كانت الانقباضات مستمرة فان الجنين يصبح في خطر شديد بالنسبة لنقص كمية الدم في الرحم والمشيمة اثناء حصول الانقباض . ويثبت ذلك انه في الأحوال التي تطول فيها مدة الولادة يصير الرحم في حالة انقباض مستمر فيموت الجنين ، وتصير الأم منهوكة القوى الى درجة الخطر الشديد .

والانقباضات الرحمية التي تحدث مدة الولادة يطلق عليها كلمة « طلق » وهي سلسلة انقباضات مؤلمة تحصل في الياف عضلات الرحم وأربطته . وتكون متقطعة في أدوار الولادة الثلاثة . ويتبدى كل طلق من قاع الرحم ، ويسير الى الأسفل متجهاً نحو العنق ، مسبباً قصراً في الأفطار المستعرضة للرحم واستطالة في الأفطار الطولية له ، وضيقاً في تجويفه . وحينما يصبح السائل الامنيوسي مضغوطاً عليه من كل جهة يندفع على الجهة التي يجد فيها مقاومة أقل . وهذه الجهة هي الفوهة الباطنة . ومدة كل طلق هي من ثلاث ثوان الى خمس . والفترة بين الانقباضات تكون في أول الولادة ساعة أو أكثر . وكلما تقدم المخاض قلت الفترات بين الطلق ، وزادت مدته حتى انه ليحصل كل عشر دقائق أو عشرين دقيقة في مدة انمحاء العنق وكل دقيقتين أو ثلاث اثناء تمدد الفوهة الظاهرة ، وتبلغ مدته ثلاثين الى

ستين ثانية . وفي الدور الثاني تكون المدة بين الطلقات من ٥ - ١٠ دقائق وتطول مدته الى دقيقتين ثم تأخذ الفترات في النقص ومدة الطلق في الزيادة ، حتى تصبح الطلقات تقريباً متواصلة في برهة ولادة الرأس .

الانكماش — متى حصلت الانقباضات الرحمية مدة الحمل فالألياف العضلية للرحم تقصر وتضخم ، ومتى زال الانقباض تعود الى حالتها الأصلية . أما مدة الولادة فيحصل تغير مهم في الألياف العضلية ، وهو الانكماش . فان القصر والضمخامة التي تحصل وقت الانقباض لا تزول بزواله كما يحدث مدة الحمل ، بل تستمر باقية . وهذا هو الذي يعطى للانقباضات الرحمية التي تحصل وقت الولادة قوتها القاذفة .

أقسام الرحم — (انظر شكل ٥٠ و ٥١) . ينقسم الرحم عادة الى ثلاثة أقسام : —

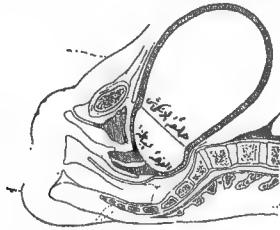
(١) قسم علوى يتألف من جملة حزم من الألياف العضلية ، تسير في اتجاهات مختلفة ، تتميز أليافها بقايلتها للانقباض والانكماش .

(٢) قسم سفلى يتألف من ألياف طويلة وألياف حلقيه . ومتى انقبضت أليافه الطويلة يجذب العنق الى فوق . أما الألياف الحلقيه فلا تنقبض بل بالعكس ترتخي وتمدد كلما انقبضت الألياف الطويلة للقسم العلوى .

(٣) عنبر يتألف من ألياف طويلة وألياف حلقيه . وتوجد حزمة كثيفة من الألياف الحلقيه حول الفوهة الباطنة ، مكونة لمضلة عاصرة ، ثم حزمة أخرى أقل منها كثافة حول الفوهة الظاهرة . فبانقباض الألياف الطويلة للعنق يجذب الى فوق ، أما الألياف الحلقيه فتتمدد وتنسج كلما انقبضت الألياف الطويلة للعنق والقسم العلوى للرحم .

وهذا التمدد في الألياف الحلقيه ليس خاصاً بالرحم بل يحصل أيضاً في

الأحشاء المجوفة الأخرى مثل المثانة ، فإنها متى انقبضت أليافها الطولية تتمدد العضلة العاصرة وتتسع ويخرج البول . ومن الامور المشاهدة التي تثبت أن الالياف الحلقيه للرحم تفعل عكس الالياف الطولية اننا لو مددنا العنق صنعاً مدة الحمل مثلاً تنقبض جدر الرحم ويحصل الاجهاض وفي الاحوال التي يحصل فيها تشنج في عنق الرحم أثناء الولادة تضعف الانقباضات الرحمية .



(شكل ٥٠) الرحم قبل انمحاء العنق

الجزء الواقع أعلى حلقة الانكماش هو القسم العلوى للرحم والجزء الواقع بين الفوهة الباطنة وبين حلقة الانكماش هو القسم السفلى الذى لا تنقبض اليافه ولا تنكمش .

حلقة الانكماش — قد سبق القول بأن الجزء العلوى للرحم يتصف بخاصى الانقباض والانكماش ، بخلاف جزئه السفلى الذى لا ينقبض ولا ينكمش . وفي أول الولادة يكون محل اتصال هذين القسمين احدهما بالآخر أعلى الفوهة الباطنة بقليل ، ويسمى بحلقة الانكماش أو حزام بندل . وكلما تقدمت الولادة يزداد القسم العلوى للرحم كثافة وقصرًا والقسم السفلى استطالة وترققاً ، فيترتب على ذلك أن حلقة الانكماش بدلاً من أن تكون أعلى الفوهة الباطنة بقليل ، تأخذ في الارتفاع الى فوق بحسب طول مدة الولادة . وفي الولادات العادية لا يمكن الاحساس بحلقة الانكماش لأنها تكون في أسفل العانة . ولكن اذا استطالت مدة الولادة ترتفع حلقة

الانكماش أعلى العانة ويمكن الاحساس بها كيزاب منحرف . وإذا ارتفعت حلقة الانكماش الى أعلى العانة بأربعة سنتيمترات يكون القسم السفلى للرحم قد ترقق الى حدٍ خطر التمزق .

سبب الومع في الولادة - لوجع الولادة سببان : الأول انقباض الألياف العضلية الذي يسبب ألماً شبيهاً بآلام المفص، والثاني تعدد الأجزاء الرخوة للأم وضغط الجنين عليها . وتبلغ هذه الأوجاع أشدها وقت تخليص الرأس من العجان .

ظواهر الولادة - تنقسم ظواهر الولادة الى : -

(أ) ظواهر أمية

(ب) ظواهر جنينية .

(أ) أما الظواهر الأمية فهي : (١) حدوث الانقباضات الرحمية المؤلمة

وتسمى بالطلق . وهذه الانقباضات تكون مصحوبة بانكماش الألياف ، وقد سبق شرحها .

(٢) اتحاء الضوى . ان حصول الطلق وقت الولادة يزيد كثيراً في الضغط الموجود في تجويف الرحم . ولو كانت البويضة قابلة للتصغير لصغر تجويف الرحم بتأثير الانقباضات

الرحمية ، ولكن لما كانت البويضة ليست قابلة للتصغير فازدياد الضغط



(شكل ٥١)

الرحم يند اعاء العنق وتعدد الفوهة الظاهرة تعدداً تاماً . وهو يوضح كيف تصير تجاويف الرحم والعنق والمهبل تجويفاً واحداً .

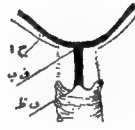
الرحم يدفع محتويات الرحم في الجهة الأقل مقاومة وهي جهة الفوهة الباطنة للعنق .

ولما كان العنق يتركب من فوهة باطنة وتجويف وفوهة ظاهرة فُن تأثير ازدياد الضغط الرحمي تتمدد الفوهة الباطنة ثم تحصل فيه تغييرات تنتهي بانحنائه وتمدد الفوهة الظاهرة تمداً تاماً . فباتجاه العنق يصير تجويفه وتجويف الرحم متصلين أحدهما بالآخر . ويتمدد الفوهة الظاهرة التام يصير تجويف الرحم متصلاً بتجويف المهبل ، أعنى أن تجاويف المهبل والعنق والرحم تصير



(شكل ٥٣)

يشير الى ابتداء انحاء العنق عند بكرات الولادة ح ا حلقة الانكماش ، ف ب الفوهة الباطنة ، ف ظ الفوهة الظاهرة .



(شكل ٥٢)

يشير الى العنق في اول الولادة عند بكرات الولادة، ح ا حلقة الانكماش، ف ب الفوهة الباطنة ، ف ظ الفوهة الظاهرة



(شكل ٥٤) يشير الى انتهاء انحاء العنق وتمدد الفوهة الظاهرة عند بكرات الولادة . لاحظ كيف ان جدر الفوهة الظاهرة رقيقة جدا .

تجويفاً واحداً (انظر شكل ٥١) . ويشترك في احداث أمحاء العنق وتمدد الفوهة الظاهرة عاملان وهما : —

(١) اللين التدريجي الذى يحدث مدة الحمل يعم العنق كله في نهاية الشهر العاشر ويجعله قابلاً للتمدد بسهولة .

(٢) الاقباضات الرحمية أى الطلق تدفع البويضة الى أسفل فتضغط على العنق من جهة ، ومن جهة أخرى تجذب العنق الى فوق . والكيفية

التي يمتد بها العنق وتمدد الفوهة الظاهرة تختلف اختلافاً جوهرياً عند بكريات الولادة ومتكرراتها . فعند بكريات الولادة يكون العنق في أول الولادة على شكله الطبيعي ، أعني ذا فوهة باطنة ، وتجويف ، وفوهة ظاهرة . ففي ابتداء الحياء تتمدد الفوهة الباطنة أولاً ثم التجويف من أعلى الى أسفل . ومتى تم الحياء التجويف تكون الفوهة الظاهرة لا تزال منغلقة (انظر أشكال ٥٢ و ٥٣ و ٥٤) . أما عند متكررات الولادة ففي أول الولادة تكون الفوهة الظاهرة متعددة الى حد أن تسمح بقبول أصبع أو أصبعين ، ويكون التجويف ممتدداً أيضاً حتى اننا اذا حفصنا الوالدة مهبلياً نصل الى الفوهة الباطنة مباشرة وقد نظنها خطأ الفوهة الظاهرة .



(شكل ٥٦)

يشير الى العنق عند متكررات الولادة
وقد تتمدد الفوهة الباطنة وابتداء العنق
تتمدد .



(شكل ٥٥)

يشير الى العنق عند متكررات الولادة
قبل ابتداء الولادة — لاحظ تتمدد
الفوهة الظاهرة .



(شكل ٥٧) يشير الى انتهاء الحياء العنق وتمدد الفوهة الظاهرة عند متكررات الولادة .
لاحظ كيف ان جدر الفوهة الظاهرة صلبة

ويبدأ الحياء عندهن تتمدد الفوهة الباطنة أولاً ، أما تجويف

العنق فبدلاً من أن يمتد من أعلى إلى أسفل يمتد جزؤه العلوي فقط،
ويأخذ جزؤه السفلي في التمدد مع الفوهة الظاهرة . ومتى تم تمدد الفوهة
الظاهرة تبقى محاطة بحافة سمكية بخلاف ما تكون عليه عند بكريات
الولادة فإن حوافها تكون رقيقة جداً لا يمكن الاحساس بها غالباً
(انظر أشكال ٥٥ و ٥٦ و ٥٧) . وعلى ذلك فتكون حواف الفوهة الظاهرة
عند متكررات الولادة متكونة من الجزء المهيكل للعنق أما عند بكرياتها فن
الحاشية الرقيقة الأصلية للفوهة الظاهرة .

(٣) اتساع القسم السفلي للرحم ووظيفته - ان التغيرات التي تحدث في القسم
السفلي للرحم لها أهمية كبرى في وقت الولادة . ففي أول الولادة يكون القسم
السفلي للرحم مؤلفاً من المنطقة الواقعة بين حلقة الانكماش والفوهة الباطنة ،
ويبلغ طولها سبعة سنتيمترات ، ومتى اتسعت العنق وتمدت الفوهة الباطنة يزيد
ذلك في طول القسم السفلي للرحم .

ولما كان القسم العلوي هو وحده الذي ينقبض وينكمش مدة المخاض
بخلاف القسم السفلي الذي يتمدد ، فإن حجم الأول يأخذ في الصغر . أما حجم
الثاني فيأخذ في الازدياد كلما طالت الولادة وذلك لأن صغر حجم الرحم يدفع
الجنين إلى أسفل فيمتد العنق ويضاف الجزء الذي اتسعت منه إلى القسم
السفلي للرحم .

أما وظيفة القسم السفلي للرحم فتتجصر في أمرين :
الأول انها تساعد على ولادة الجنين وذلك باتساعها وارتخائها في الوقت
الذي ينقبض فيه القسم العلوي ، اذ لو انقبضت هي أيضاً لما أدى انقباض
الرحم إلى انحاء العنق بل كان فقط يضغط على البويضة في كل جهاتها .
والأمر الثاني انها تكون حلقة تحيط بالجزء الآتي به الجنين وتمنعه من

الاندفاع على الفوهة الباطنة قبل أن يتسع وينحى العنق بفعل جيب المياه .
وفي الفترة بين الطلقات لا تكون هذه الحلقة ملاصقة للجزء الآتى
به الجنين ، فينشأ عن ذلك اتصال السائل الأمنيوسى العموى بجزئه المكون
لجيب المياه . أما فى برهة الطلق فانها تحيط بالجزء الآتى به الجنين بحيث تمنع
هذا الاتصال ولولا ذلك لانضم الى جيب المياه مقدار كبير من السائل



(شكل ٥٨) يوضح كيف يملأ الرأس الجزء السفلى للرحم
فينشأ الاتصال بين جيب المياه والتجويف الامنيوسى (ملت)

فيتوتر وينفجر قبل انحى العنق وتعدد الفوهة الظاهرة . وفى برهة انفجار
جيب المياه تظهر فائدة احاطة القسم السفلى للرحم بالجزء الآتى به الجنين
مرة أخرى ، فانها تمنع تصرف السائل بأجمعه ، ولو حصل ذلك لجذب الحبل
السرى معه فيسقط أمام الرأس ، ولصار الجنين معرضاً لانضغاط مضر اذا
طالت الولادة لأى سبب .

(٤) تمرر الفوهة الظاهرة - يحدث من نفس العوامل التى سببت
انحى العنق ، وهى ضغط البويضة لأسفل وانجذاب العنق الى فوق على الجزء

الآتى به الجنين . ومتى تعددت الفوهة الظاهرة تمددًا تامًا تصبح تجاوير
العنق والرحم والمهبل تجويفًا واحدًا .

(٥) تكوّن جيب المياه وانجراره — متى انحنى العنق ووقع ضغط
الرحم على البويضة ينتقل الضغط الى الكيس الأميوسى من كل جهة ، فيتبع
السائل المحلات المنحدرة والقليلة المقاومة دافعًا الأغشية أمامه . فتبرز الأغشية
من الفوهة الظاهرة وتضغط عليها فتتمدها شيئًا فشيئًا . ومتى تمّ تمديد الفوهة
الظاهرة ينفجر جيب المياه .

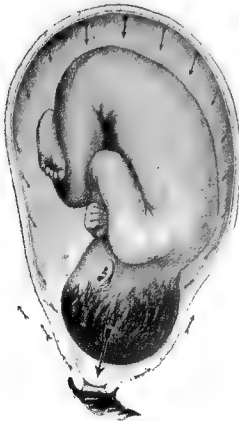
(٦) الإفراز المخاطى المرمم — وهو افراز يخرج من الغدد العنقية
والفرجية قبل الولادة بيوم أو اثنين ، ويسمى بيشارة الولادة . وهو على
هيئة نُدْف زلاية مُصْفَرَّة أو مَعْرَقَة بالدم . وفائدته سهولة تمديد العنق وتندية
القناة الرحمية المهبلية .

وتوجد ظاهرة أخرى للولادة قليلة الأهمية . وهى حصول الطلق
الكاذب وهو آلام غير منتظمة تتوزع على البطن . ولا يحس بها فى الظهر
كالطلق الحقيقى .

تأثير الطلق على محتويات الحوصه وعلى العجان — لكي نفهم الطريقة
التي بها يخلو الحوض من الأعضاء الموجودة به ليسمح للجنين بالمرور أثناء
الولادة يلزم أن تخيل بأن الحوض ينقسم بالمهبل الى مثلثين : مقدم علوى ،
ومؤخر سفلى . فالأنسجة الموجودة فى المثلث المقدم مرتبطة بالعنق ارتباطًا
متينًا بخلاف الأنسجة التى فى المثلث الخلفى اذ لا ارتباط بينها وبين الرحم .
فتمتجذب العنق لأعلى بتأثير الاتقباضات الرحمية يجذب معه أغلب
الأنسجة التى فى المثلث المقدم . وهذه الكيفية نجد بأن المثانة التى كانت
فى أول الولادة أسفل المضيق العلوى (فى حالة خلوها) تجذب أعلاه الى

البطن أثناء المخاض. ولا يبقى من أنسجة المثلث المقدم العلوى الا ما كان غير مرتبط بالعنق مثل الثلث السفلى للمهبل وقناة مجرى البول ، فانها تندفع الى أسفل أمام الرأس . ومتى هبط الرأس فى الحوض يدفع أمامه الأنسجة التى فى المثلث الخلفى وهى المستقيم والمجان وعضلات أرضية الحوض .

تأثير الطلق على البريضة — سبق القول انه قبل انفجار جيب المياه تسبب الالتقباضات الرحمية ازدياداً فى الضغط داخل الرحم ، ويسمى هذا الضغط « بضغط باطن الرحم العمومى » ، فقبل انحشار الرأس يكون تأثير هذا الضغط متساوياً على كل أجزاء الجنين فلا يحدث أى تغيير فى وضعه كما يتضح فى (شكل ٥٩)



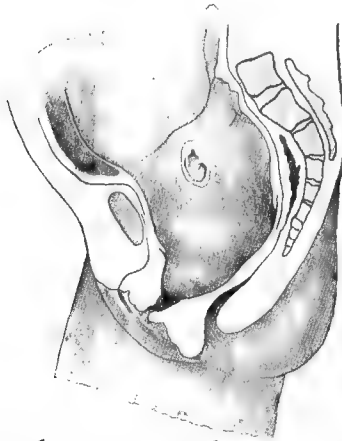
(شكل ٥٩)

يوضح الضغط الرحمى الباطنى قبل انفجار جيب المياه ، ويسمى أيضا ضغط المشتلات العام .

ومتى انحشر الرأس والتفت حوله الحلقة المكوّنة من الجزء السفلى للرحم ، وانفصل الجزء من السائل الأمينوسى الذى يكون أمام الرأس — والذى يسمى الآن بجيب المياه — عن السائل الأمينوسى العام ، فان تأثير ضغط باطن الرحم العمومى هو أن يدفع الرأس الى أسفل ولكنه لا يغير وضعه لأن الضغط عليه متساوٍ من كل الجهات .

ولكن متى انفجر جيب المياه وتصرف السائل الأمينوسى وصار الرحم ملاصقاً لجسم الجنين فان

الرحم يجتهد في أن يعود الى شكله الأصلي الكثرى ، فتقبض أليافه الحلقيّة بشدة فتصغر أقطاره المستعرضة والمقدمة الخلفية . وبهذه الكيفية تحدث ضغطاً جانبياً على الجنين فتقوم ظهره حتى تلاصق المقعدة قاع الرحم . فتمّ ذلك تنقبض عضلات الرحم الطولية فتضغط على المقعدة فيندفع الجنين الى الأسفل . وهذا الضغط المزدوج أى ضغط الألياف الحلقيّة من الجوانب وضغط الألياف الطولية من أعلى الى أسفل يسمى بالضغط المحورى للجنين . وهذا الضغط يسرى من مقعده الى عموده الفقرى ومنه الى رأسه . ويختلف



(شكل ٦٠) بوضوح كيفية تكون الحدة الدموية للصلبة وتشكيل الرأس

هذا الضغط عن ضغط باطن الرحم العموى في أنه ضغط غير متساو في توزيعه على الجنين . فهو يضغط بمض الأجزاء أكثر من البعض الآخر وسيأتى الكلام على ذلك عند شرح ميكانيكية الولادة .

(ب) أما الظواهر الجنينية فهي :-

(١) سلسلة الحركات التي يتحركها الرأس لسهولة دخوله الحوض وولادته وهي ما يعبر عنه بمطابقة الولادة.

(٢) تشكيل الرأس - ويقصد به التغير الذي يحصل في شكله من تأثير ضغط الطلق لسهولة دخوله الحوض . ويتم ذلك بتراكب عظام القبة على بعضها . فيتراكب العظام الجداريان أحدهما على الآخر وينزلق الجبهيان والمؤخرى تحتها . فيترب على ذلك أن الأفطار التي تشغل الحوض وهي المقدمة الخلفية والمستعرضة تصغر ، والأفطار الطولية تطول .

(٣) نكوته الحربة المصلية الدموية (شكل ٦٠) - وهي ورم يتكوّن فوق الجزء الآتي به الجنين بسبب ارتشاح مواد مصلية في النسيج الخلوى للفروة ، مع انسكاب جزء قليل من الدم . ويتغير وضع الحدة الدموية المصلية بتغير وضع الجزء الآتي به الجنين بحيث يكون موجوداً دائماً فوق الجزء الشاغل للقوة الظاهرة . وتكوّن الحدة الدموية عمل حيوى لا يحصل اذا كان الجنين ميتاً .

✽ علامات دنو المخاض وعلامات الولادة القسرة ✽

العلامات التي يستدل بها على أن الحامل صارت في المخاض أربعة :-

(١) حصول الطلق الحقيقى وهو عبارة عن انقباضات رحمية مؤلمة يحس بوجعها في الظهر على الأخص . (٢) انحشار رأس الجنين عند متكررات الولادة في الفترة بين طلق وآخر . (٣) الإفراز المخاطى المدمم . (٤) تمدد القوة الباطنة .

(١) الطلق - الانقباضات الرحمية التي تحصل مدة الحمل لا يحس بها عادة لأنها لا تكون مصحوبة بوجع . أما مدة الولادة فتكون مصحوبة

بوجع فنشعر الولادة بمحسوسها . ولمعرفة ما اذا كانت الانقباضات مؤلمة أو غير مؤلمة يطلب من الولادة أن تستلقي على ظهرها في السرير ، وتوضع اليدين على البطن . ويطلب منها أن تخبرنا عن الوقت الذي تشعر فيه بوجع في ظهرها ، فإن أحسسنا بانقباض الرحم وقتئذ نتأكد بأنها في المخاض .

(٢) انحصار الرأس عند متكررات الولادة — عند متكررات الولادة لا ينحسر الرأس الا وقت الولادة . وذلك بسبب ارتخاء جدر بطونهن من الولادات السابقة . أما عند بكرياتها فالرأس ينحسر في الثلاثة الأسابيع السابقة للمخاض . فإذا وجدنا الرأس منحسراً عند متكررة الولادة في الفترة بين الطلقات نعلم أنها غالباً في المخاض . ولكن العكس ليس صحيحاً فقد تكون متكررة الولادة في المخاض ولا يكون الرأس منحسراً كما يحصل في أحوال ضيق الحوض ، وارتخاء جدر البطن ، والاستسقاء الامنيوسي ، والجل التوائمي ، والاندغام المعيب المشيمة ، والأوضاع المعيبة للمعجى بالرأس ، والاستسقاء الدماغي . ولمعرفة ما اذا كان الرأس بدأ في الانحسار نمسكه بقبضة بإصبعنا ، ثم نجتهد في تحريكه من جانب الى الجانب الآخر فإذا كان منحسراً فلا يتحرك أو يتحرك قليلاً جداً . وسبب عدم تحركه انقباض الجزء السفلي للرحم حوله .

(٣) الإفراز المخاطي المدمم — اذا طلبنا من الولادة ان تنام على جانبها الأيسر وفحصنا الفرج فوجدناه مندى بسائل مخاطي مدمم نعلم أن الحامل في المخاض . ولكن عدم وجود هذا الإفراز لا ينفي كونها في المخاض .

(٤) تمدد القوفا الباطنة للفتق — اذا لم نكتف بالعلامات السابقة وأردنا التحقق من تمدد القوفا الباطنة يجب أن نطهر أعضاء التناسل الظاهرة والأيدى تطهيراً دقيقاً ثم ندخل أصبعين في المهبل ونفحص العنق . فإذا كانت الولادة بكرية الولادة وأمكنا ادخال الأصبع الباحث في تجويف العنق

بحيث يلامس جيب المياه ، فالأغلب انها في المخاض . أما اذا كانت متكررة الولادة فقد تكون في المخاض أو لا تكون .

✽ علامات الولادة العنرة ✽

من المهم جداً المبادرة بأدراك العلامات التي يستدل منها على كون الولادة غير طبيعية . وذلك لأن ترك المريضة وقتاً طويلاً بلا مساعدة ينتج عنه في أغلب الأحوال نتائج سيئة قد تكون سبباً في القضاء على حياتها . والعلامات التي يستدل منها على أن الولادة غير طبيعية هي الآتية :

- (١) عدم انحشار الجزء الآتي به الجنين بالرغم من وجود طلق قوى .
 - (٢) كون جيب المياه قمي الشكل و بروزه يروژاً شديداً وقت الطلق .
 - (٣) خلوة العنق في الجزء الآتي به الجنين وتدليّه في المهبل .
 - (٤) عدم الاحساس بالجزء الآتي به الجنين اذا وضع اصبعان في المهبل .
- أما الاعراض التي تصيب الوالدة بسبب عسر الولادة فسيأتى الكلام عليها فيما بعد ونكتفي هنا بذكر علامات الولادة العسرة فنقول : —

(١) ان اول علامة يستدل منها على أن الولادة طالت طويلاً يخشى منه على المريضة هي ارتفاع عدد النبضات من ٧٥ أو ٨٠ نبضة في الدقيقة الى ١٠٠ وقد يبلغ عددها ١٦٠ في الأحوال الثقيلة . ويتلو ذلك ارتفاع الحرارة أيضاً بسبب تعفن ما يكون في المهبل من السائل الأمنيوسي .

(٢) ويتلو ذلك تغير طبيعة الطلق . ويختلف نوع التغير بحسب السبب . فان كان سبب طول الولادة خمود الرحم فان الطلق يضعف تدريجياً ثم يزول ، وقد يعود بالثاني اذا نامت المريضة وارتاحت .

أما اذا كان السبب ضيقاً في الحوض أو شدوذاً في الحجيء فان الطلق يتواتر بسرعة وتشتد قوته ويصطحب بألم شديد . فاذا لم يولد الجنين تصير

- الانقباضات مستمرة بعد أن كانت متقطعة ويصير البطن مؤلماً جداً فيصعب بل يستحيل تمييز أجزاء الجنين بالجلس البطنى .
- (٣) ولا تطول هذه الحالة حتى تظهر آثارها على وجه المريضة . فيشحب وجهها وتحبف شفاتها وتجمع عليها الأوساخ . ويتغطى اللسان بطبقة ثخينة . وينتاب المريضة تهوع وقىء .
- (٤) ويتلو ذلك حصول الأعراض الآتية وهى : -
- (أ) ارتفاع حلقة الانكماش أعلى العانة بأربعة سنتيمترات .
- (ب) انتفاخ الجزء العلوى للمهبل بسبب ارتفاع العنق .
- (ج) جفاف المهبل لعجز الغدد العنقية عن الإفراز .
- (د) توتر الأربطة المبرومة . ولا يحس غالباً إلا بالرباط الأيسر بسبب التواء الرحم طبيعياً الى اليمين .

الفصل التاسع

تخصيرات الولادة

انتخاب غرفة الولادة - يجب أن تكون الغرفة المنتخبة للولادة متوسطة الاتساع ، وان تكون تهويتها واضاءتها النهارية والليلية حسنة . ويستحسن أن تكون أرضها من الخشب أو مفروشة بالشمع لسهولة تنظيفها . وقبل ميعاد الولادة بأسبوع يُخرج منها كل الأثاث ما يلزم للولادة ، فلا يبقى فيها غير سرير واحد وكرسيان أو ثلاثة وخوانان (طاولتان) وسجادة صغيرة ، ودولاب صغير يوضع فيه ست ملاآت مفسولة ومكوية من الجهتين وملابس الأم والجنين .

تخصير السرير - يستحسن أن يكون السرير من الأسرة الصغيرة التى

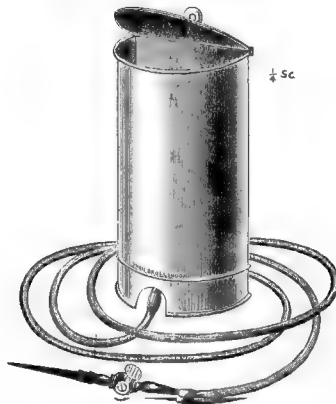
يمكن الوصول إلى الوالدة من جانبيها . وإن تكون (ملته) من الخشب :
وتوضع المرتبة فوق الملاء ويوضع فوقها قطعة من الشمع تكفي لتغطيتها تماماً :
ويوضع فوق الشمع ملاء وتطوى تحت المرتبة . ويوضع فوقها رباط البطن
وفوقه قطعة أخرى من الشمع تكفي لتغطية الثلث المتوسط للسري ، وهو
الذي يولد الجنين فوقه . وفوق هذا الشمع توضع ملاء أخرى مطوية أربعة
طيات . وتولد الوالدة فوق هذه الملاء . ومتى تمت الولادة ونُظِفَت الوالدة
ترفع هذه الملاء مع الشمع الذي تحتها فنجد أسفله الرباط البطنى جاهزاً .
تخصير غرفة الولادة - في الأسبوع السابق للولادة تغسل الأرضية
بمحلول الليزول بـ ١/٤ . وإذا كانت الحيطان مدهونة بالزيت يُغسل الجزء
الممكن غسله منها .



(شكل ٦١) زارقي من الزجاج (ذاون)

وفي يوم الولادة يوضع على الخواطين (الطااولتين) اللذين يوضعان قريباً
في السري ملاءتان مكويتان . ويوضع على احدهما صحفتان (طشتان) من
الصاج المظلي قد عمقا بوضع قليل من الكحل (السبيرتو) فيهما وإلهابه . وبعد

تُعقِمهما يوضع فيهما محلول الليزول بنسبة ملعقة بن في اللتر . ويجب أن يكون الماء المستعمل قد سبق غليه وتبريده . والى جانب الخوان يوضع اناء (حلة) ملآن بالماء المعقم . ثم يوضع على الخوان الآخر ابريقان فيهما ماء معقم الواحد بارد والثاني ساخن، وكذلك الزارق المهبلى الذى يكون قد عُقِم هو



(شكل ٦٢) زارق مهبلى من الصفيح المغطى بدهن الصيق وله غطاء (داون)

وانبوبة ومبسمه بقلية بالماء ، أو يوضعه فى محلول الليزول بنسبة $\frac{1}{4}$ مدة ساعتين . وعلى الطاولة الثانية يوضع أناء ذو غطاء ، متوسط الحجم ، يكون قد غلى فيه زوجان من كفوف الميطاط ، وأربعة جفوت شريانية ، ومقص كبير ، وقابضة ابر ، وبرتان من ابر خياطة العجان ، ولفة خيوط من امعاء دود القز ، وأنبوبة كاتجوت عقيم يستحسن أن تكون من كاتجوت فان هورن نمرة ٢ الذى حضر بالكرومين ليقاوم الامتصاص أربعين يوماً . وكذلك محقنة تحت جلدية وبرتان يكون قد سبق فحصهما جيداً لمعرفة ما اذا كانتا

سليمتين . وبعد غلى هذه الأشياء تصفى جيداً من الماء مع ملاحظة عدم رفع الغطاء إلا قليلاً ، ثم تغمر بمد التصفية بالكحل النقي لمنع الصدا عن الآلات اذا طال الوقت بين غليها وبين وقت استعمالها .

أما الرفائد الاسفنجية التي تستعمل لتطهير الفرج ، والضمادات أو الأحفظة فيجب أن توضع على الخوان (الطاولة) في كيسين مربعين لهما مِزْرَان . والكيسان يعقمان بالبخار المضغوط قبل الولادة بأسبوع . واذا لم يسهل على الطبيب تعقيمها بالبخار يكفي غلى محتوياتهما في محلول الليزول $\frac{1}{4}$ قبل الولادة مباشرة ، ووضعها في اناء مغطى الى وقت استعمالها .

والى جانب الكيسين توضع عبب الحقن تحت الجلدية وهي : —
(١) عببة أرجوتين تحتوى الأنبوبة الواحدة منها على جرام من الخلاصة السائلة ، أو ٠.٥ ليجرامين ونصف من سترات الأرجوتين ، و (٢) زيت كافور ٠.٢٠ في الأنبوبة . ولا بأس من استحضار عببة بيتوترين ، والى جانب عبب الحقن طبق (صحيفة) صغير فيه قطع صغيرة من القطن المبلل بمحلول البوريك ٣ ٪ لفصل أعين الجنين .

﴿ أدوات وآلات ولوازم الولادة ﴾

يجب على المولّد أن يستحضر آلاته ولوازمه التى سيأتى ذكرها فى حقينة من جلد السختيان ، وصندوقين من النحاس المنكل . أما الحقينة (الشنطة) فيجب أن تكون كبيرة الحجم بحيث تسمع الآلات التى ستوضع فيها . ويجب أن تكون بطاتها من قماش يسهل تعقيمه بالغلى . وأن تكون سهلة الاتزاع والاعادة . أما الأدوات التى توضع فيها فهناك بيانها : —

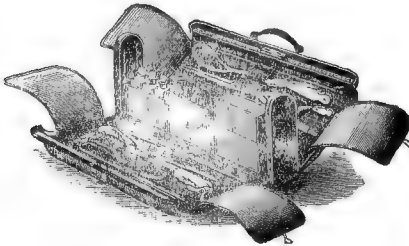
(١) الزارق المهبلى ويكون قد سبق تعقيمه بوضعه فى محلول الليزول

ساعتين وتجفيفه بفوطه عقيمة يوضع بعدها في كيس من القماش له مزر.
(٢) فوطه من الماكينتشوس.



(شكل ٦٣) حقيبة الولادة (اخوان داون)

(٣) شمامة (أو مقنعة) الكلورفورم، وزجاجة ملأى بالكلورفورم،
وجفت اللسان، ومبعد الفك.
(٤) محقنة تحت جلدية وابرتان.



(شكل ٦٤) حقيبة ولادة لبارنز (صنع داون)

(٥) مفرشة كيلي Kelly's pad (وتستعمل فقط في الولادات العسرة)
(٦) علبة فيها ٣ أنابيب كاتجوت رقم ٢ المحضر بالكروم لمقاومة
الامتصاص أربعين يوماً.

- (٧) علبة بودرة للسرة محضرة من جزئين متساويين من أكسيد الزنك والنشاء مع نصف جزء من مسحوق البوريك .
- (٨) زجاجة ليزول سعة ٢٥٠ جراماً .
- (٩) امبول للحقن تحت الجلد من الپيتوترين والارجوتين والاستركنين والكافور والمورفين والسكوپولامين .
- (١٠) ٣ علب شاس يودوفورى تحضير ليكلير أو درسن ، لحشو الرحم فى أحوال النزف .

أما صندوق النحاس المنكثل فيخصص أحدهما للآلات ، والثانى للغيرات المعقمة وما شابهها ويحتوى على ما يأتى : -

- (١) فوطه ليلبسها المولود وقت التوليد .
- (٢) ٦ فوط لتغطية المريضة وقت الولادة .
- (٣) اكياس قماش لتغطية الأطراف السفلى .
- (٤) بعض ضمادات لاستعمالها للغير على الجبل السرى .



(شكل ٦٥) قنطرة مثانة .

أما صندوق الآلات فيحتوى على :

- (١) مسفرة (فرشة) لفصل اليدين .
- (٢) ٣ أزواج من الكفوف .
- (٣) قنطرة نسائية وقنطرة لاختراع المخاط من حلق الطفل .
- (٤) مقص كبير لقطع السُرّ (الجبل السرى) ومقص صغير .
- (٥) خيط حرير نمرة ٤ أو ٥ لربط السُرّ .

(٦) جفوت شريانية .

(٧) ٤ ابر لخياطة العجان وقابضة ابر (مسأكة) .

هذه هى الآلات التى تلزم فى الولادات الطبيعية . ويجب ان توضع فى كيس من القماش حتى لا تضطر كل مرة الى تعقيم الآلات جميعها بعد الولادة .



(شكل ٦٦) قنطرة بوزمان .

(٨) قنطرة بوزمان .

(٩) جفت الجذب المحورى .

(١٠) ثاقب مسمون

(١١) مشبك براون لقطع العنق أو أى قاطع آخر للعنق .

(١٢) مفتت للجمعجمة (مشداخ)

(١٣) مُمتد فروور .

(١٤) جفت بوزمان لحشو الرحم

(١٥) جفتان من الجفوت ذات المشابك لجذب العنق .

(١٦) منظار خلفى .

(١٧) ملعقة رينشتادر الكالة .

هذه الآلات تستعمل فى الولادة العسرة .

أما الأدوات التى يطلب من الوالدة تحضيرها فهى : $\frac{1}{2}$ كيلو من القطن و $\frac{1}{2}$ لتر من الليزول و ٣٠ جرام من بودرة السرة المحضرة من جزئين متساويين من اوكسيد الزنك والنشاء . ومشمعان للسريز : واحد طوله متر ونصف وعرضه متر، والآخر نصفه فى الحجم، و ٣ ربطات أحفظة محقمة، وقليل من الكونياك

والصحاف (الطشوت) اللازمة لغسل الأيدي ولغلي الآلات . وكمية كبيرة من الماء البارد الذى سبق تعقيمه بالغلي ومن الماء الساخن ، وبشكيران للطفل ، وملابس الطفل ، و ٣ أحزمة للبطن ، ودبايس انجليزى و ٣ قطع صابون نقي .

الفصل العاشر

﴿ تشخيص الوضع والحجى ﴾

تستعمل لفحص الحامل مدة الحمل ثلاث طرق وهى : -

(ا) الجس البطنى .

(ب) الجس المهبلى .

(ج) التسمع .

(ا) الجس البطنى هو أسلم أنواع الجس غائبة . ومتى تمرن المولدة عليه أمكنه بفاية السهولة تشخيص الوضع والحجى ودنو المخاض بلا احتياج الى عمل فحص مهبلى .

وطريقته هى أن يطلب من الوالدة أن تستلقى على ظهرها ، ثم يجلس المولدة على الفراش بجانها ومواجهاً لها . ومن الموافق أن يطلب من الوالدة أن تتبول قبل عمل الفحص . ثم توضع راحتا اليدين على البطن بعد تدفئتهما وفى وقت لا يكون الرحم فيه منقبضاً . ثم تضغط الأصابع على البطن بفاية اللطف والتدريج حتى تعود العضلات عليها فلا تنقبض ، لأنها ان انقبضت يستحيل الحصول على أى معلومات .

ولتشخيص حجى الجنين ووضعه توجد أربع طرق تسمى بالقبضات

وهي : — (١) القبضة القاعية ، (٢) القبضة السرية ، (٣) قبضة بافليك ، (٤) القبضة الحوضية . وتسمية هذه الطرق بالقبضات لا يؤدي المعنى المقصود ، لأنه يستحسن في عملها كلها ان تضغط الأيدي بغاية اللطف ، ما عدا قبضة بافليك فانها قبضة بكل معنى الكلمة .



(شكل ٦٧) القبضة القاعية (ثُم)

(١) و (٢) القبضتان القاعية والسرية — لعمل هذين القبضتين يجلس المولود بجانب الوالدة مواجهاً لها . ثم يبسط يديه على قاع الرحم ليفحص الجزء الذي هو فيه . فان كان الجزء الذي في القاع هو الرأس يُحسّس بوزن صلب أملس مستدير ، اذا تحرك لا يتحرك باقى الجسم معه ، وينفصل عن الجسم بميزاب مستعرض هو ميزاب العنق . أما اذا كانت المقعدة هي التي في القاع كما هو الحال في كل الولادات الطبيعية ، فيُحسّس بوزن غير منتظم ، أقل

صلابة من الرأس . واذا تحرك يتحرك سائر الجسم معه ، ولا يوجد ميزاب يفصله عن الظهر . ويمكن أن يحس بالأقدام بجانبه . ومتى اتينا من خص القاع نسحب يدينا الى أسفل ونضغط بهما حذاء السرة . فان كان الظهر متجهًا



(شكل ٦٨) القبضة السرية (م.)

الى الأمام واليسار فيحس في جهة اليسار بمقاومة اكثر مما يحس في جهة اليمين . فان لم نحس بهذه المقاومة نضغط على القاع باليد الأخرى فينثني جسم الجنين ويتقوس الظهر الى الوراء فيسهل الاحساس به . أما اذا كان الظهر الى الوراء فتقابل اليد الباحثة التجويف الذى بين الأطراف والرأس .

(٣) قبضة بافلبيك — (انظر شكل ٦٩) . هى من أهم القبضات . وطريقة عملها هى أن يجلس المولود مواجهًا للوالدة ثم يضع يده على الجزء السفلى للبطن ويقبض بها على الجزء الآتى به الجنين ، غارزًا الابهام فى أحد الجانبيين

والأصابع الباقية في الجانب الآخر . فإذا كان الجزء الآتى به الجنين هو الرأس وكان منثنياً فاننا نحس أن الجهة تكون أكثر بروزاً وارتفاعاً من المؤخر . وبواسطة هذه القبضة يمكننا معرفة ما اذا كان الرأس منحسراً أو لا يزال في أعلى المضيق العلوى . والرأس يتميز عن المقعدة بالعلامات السابق ذكرها . أما أنواع المجىء بالرأس فيمكن تشخيصها بملاحظة أيهما أكثر



(شكل ٦٩) قبضة باوليك (جلت)

ارتفاعاً ، الحدبة المؤخرية أم الذقن . فإذا وجدنا أن جزء الرأس الشاغل للجهة التي فيها الظهر هو الأكثر ارتفاعاً نعلم من ذلك ان المؤخر أكثر ارتفاعاً ويكون المجىء بالوجه . أما اذا كان الذقن أكثر ارتفاعاً من الحدبة المؤخرية فالمجىء بالقمة . وان تساوى ارتفاع الذقن والحدبة المؤخرية فالمجىء بالحاجب (انظر أشكال ٧١ و٧٢ و٧٣) .

(٤) القبضة الحوضية - في عمل هذه القبضة نغير وضعنا بالنسبة للوالدة، وذلك بأن نجلس مواجهين لقدميها. ثم ندسط يدينا على جانبي تجويف الحوض وندسهما فيه بغاية اللطف. وبهذه القبضة يمكن الاحساس بالرأس ولو وصلت الى العجان. وبها أيضاً يمكننا تعيين مقدار الانحشار ومعرفة

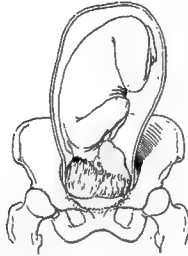


(شكل ٧٠) القبضة الحوضية (م.)

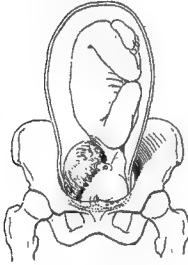
الجهة التي توجد فيها الجبهة. وذلك لأن الأصابع التي في جهة الجبهة لا نستطيع أن تندس في الحوض بقدر الأصابع التي في جهة المؤخر، لأن الجبهة تملأ الجهة التي هي بها أكثر من المؤخر.

(ب) الفحص المهبلي - لعمل الفحص المهبلي يلزم تعقيم الفرج واليدين بدقة أولاً. ثم نطلب من الوالدة أن تنام على السرير بالعرض، وأن تثنى فخذيها على بطنها، وساقيها على فخذيها، وتفحج بين فخذيها أي تبعد

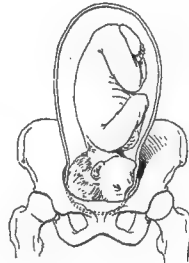
أحدهما عن الآخر . ثم يُبَعِّد الشفرين أحدهما عن الآخر ويدخل أصبعين في المهبل . فإذا كانت الحامل في المخاض نجد المهبل مندى بالسائل المخاطي



(شكل ٧١) الحبيء بالقمة . الذقن أكثر ارتفاعاً من الحديدة المؤخرية



(شكل ٧٣)
الحبيء بالوجه ، الحديدة المؤخرية
أكثر ارتفاعاً من الذقن



(شكل ٧٢)
الحبيء بالحاجب ، الحديدة المؤخرية
والذقن على استواء واحد (جلت)

المدىم . ثم ندفع أصبعينا الى فوق ونبحث العنق . فإذا كانت الفوهة الظاهرة متمددة وكانت الماخض (الوالدة) بكرية الولادة يحس بالفوهة كأنها حاشية حلقيه رقيقة الجدر، أما اذا كانت الماخض متكررة الولادة فيحس بالفوهة المتمددة كأنها قناة قصيرة. وسبب ذلك هو أن الفوهة الباطنة تتمدد قبل الفوهة



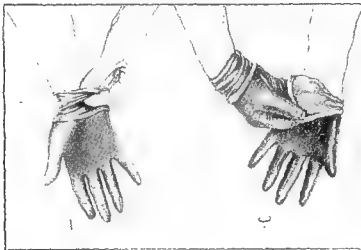
(شكل ٧٤)

الحس المهبلي . لاحظ تبعيد الشفرين
بأصابع اليد الأخرى .

الظاهرة عند بكرات الولادة، أما عند
متكرراتها فالفوهة الظاهرة تكون مفتوحة
في أول الولادة وذلك لأن النسيج الذي
يغلقها يكون قد تمزق في الولادات السابقة .

ثم نبحث بعدئذ عن نوع الجزء الآتي
به الجنين . فإن كان هو الرأس فيُتلمس على
تدائره ويوافيحه . وتمييز موضع اليوافيخ
يساعدنا على تشخيص الوضع . ففي الوضع
الأول يكون اليافوخ الخلفي إلى الأمام
واليسار، وفي الثاني إلى الأمام واليمين،
وفي الثالث إلى الورا واليمين وفي الرابع إلى
الورا واليسار .

وقد يكون التمييز بين اليافوخ المقدم والخلفي صعباً لتراكم العظام وزوال



(شكل ٧٥) طريقة لبس كفوف المطاط

المسافة الغشائية في اليافوخ المقدم من جهة ومن جهة أخرى لأننا إذا لم نجس
(٧٣)

الآ يجزء من اليافوخ المقدم فقد نظنه خطأ اليافوخ الخلقى لأننا لا نشعر إلا بتقابل ٣ تداريز . وللتمييز بينهما يلاحظ أن العظام تتراكم وقت الولادة بكيفية تجعل العظم المؤخرى يهبط في مستواه عن الجداريين بخلاف اليافوخ المقدم فإن عظامه تبقى على مستوى واحد تقريباً مهما تقاربت من بعضها .

ثم نبحث بعد ذلك عن جيب المياه هل انفجر أو لم ينفجر . فإذا وجدنا صعوبة في ذلك ننتظر حدوث طلق ، وعندئذ يبرز جيب المياه أكثر من الأول . ثم نبحث بعد ذلك عن مقدار انحناء العنق إن لم يكن قد انتهى تماماً ، وعن حجم الفوهة الظاهرة . ثم ندفع الرأس إلى فوق لمعرفة ما إذا كان منحسراً أو غير منحسر .

ولتشخيص أنواع المجىء ، نلزمنا ملاحظة مميزات كل منها . فالرأس والمقدمة يحس بكليهما كورم صلب مستدير ، ولكن الرأس يتميز بكونه أكثر انتظاماً وأشد صلابة وبالإحساس عليه بالتداريز . والمقدمة تتميز بوجود ثلاث نقط عظمية هي الحدبتان الوركيتان وقة العصعص . والوجه يتميز بالفم ، واللسان ، والحاجز السنخي ، والحاجز « الفوق الحجاجي » . والقدم تتميز عن اليد بأن أصابعها على خط مستقيم وأصابع اليد تكون في خط منحني ، وإبهام اليد يمكن تربيته وتبعيده بخلاف إبهام القدم . والركبة تتميز عن المرفق بكبر حجمها وبالرباط الرذفي ، وحدة القصبة .

ولايبقى علينا الآن إلا ملاحظة ثلاثة أمور : —

(١) ملاحظة ما إذا كان الحبل السرى ساقطاً أو غير ساقط (٢) إن نمرر أصبعنا على جدر الحوض لترى هل فيه ضيق أو أورام . (٣) إن نلاحظ شكل جيب المياه . ففي أحوال الولادة الطبيعية أعنى الولادة التي يكون فيها المجىء بالقبعة يكون جيب المياه قليل البروز ويكون حجمه مناسباً لحجم

الفوهة الباطنة ، بحيث اذا كانت متمددة قليلاً يكون الجيب صغيراً ، وان كانت متمددة كثيراً يكون كبيراً . أما في الحجيء المعيب فشكله يكون قعياً



(شكل ٧٦)

تحريك الرأس من جانب لآخر في اتجاه السوم لتأكد من عدم انخساره .

ويبرز في المهبل أثناء الطلق بروزاً شديداً . وسبب ذلك أنه في الحجيء بالقمة يميل الرأس القسم السفلي للرحم فينفصل جزء السائل الامنيوسي الذي كثر جيب المياه عن السائل الامنيوسي العموي ، ومتى حصل الطلق لا يمكن أن يضاف شيء على جيب المياه . أما في الحجيء المعيب مثل الحجيء بالمقدمة أو الوجه مثلاً فان الجزء الآتي به الجنين لا يميل القسم السفلي للرحم تماماً ، فيكون جيب المياه متصلاً بالسائل الامنيوسي العموي . فتت حصل الطلق يصل جزء من السائل الامنيوسي الى جيب المياه ، فيشتد بروزه في المهبل

ويصير شكله قمعياً . وينتهي الامر بانفجار جيب المياه قبل أن تتمدد الفوهة الظاهرة تمّددًا كافيًا . وعلى ذلك فتى رأينا أن شكل جيب المياه قمعى ، وانه يبرز كثيراً أثناء الطلق نعلم أن الموجىء معيب أو أن فى الحوض ضيقاً يمنع الرأس عن الانمشار .

والجس المهبلى مع كونه يفيدنا معلومات مهمة ليس خالياً من الخطر . وعلى ذلك يجب ألا يفعل الأمرين فقط . مرة فى أول الولادة للتحقق من تمدد الفوهة الباطنة . ومرة وقت انفجار جيب المياه للتأكد من عدم سقوط الحبل السرى .

(ج) التسمع - له فائدتان . الأولى معرفة ما اذا كان الجنين حياً أو ميتاً ، والثانية تشخيص الوضع . ولتشخيص الوضع نقسم البطن الى أربعة أقسام بمخططين يمران بالسرة ، أحدهما عمودى والآخر افقى . فاذا سمعنا ضربات قلب الجنين أشد وضوحاً فى أعلى السرة فالغالب أن الموجىء بالمقدمة . واذا سمعت فى أسفلها فالمجىء بالرأس . وان سمعناها الى يمين الخط المتوسط فالظهر الى اليمين والعكس بالعكس .



الفصل الحادى عشر

﴿ كيفية السير فى الولادات الطبيعية ﴾

ماهى الولادة الطبيعية — الولادة الطبيعية هى التى يكون فيها الجنين آتياً بالقمة ، وتم ولادته بلا مساعدة ولا مضاعفات فى ٢٤ ساعة من بداية الطلق الحقيقى .

أدوار الولادة — أدوار الولادة ثلاثة وهى : —

(١) الدور الأول — أو دور التمديد .

(٢) » الثانى — » قذف الجنين .

(٣) » الثالث — » تخليص المشيمة .

فالدور الأول يبتدىء من وقت حصول الطلق الحقيقى وينتهى بتمدد الفوهة الظاهرة تمدداً تاماً وانفجار جيب المياه . ومتوسط مدته عند بكرىات الولادة من ١١ — ١٢ ساعة ، وعند متكرراتها من ٦ — ٨ ساعات . والدور الثانى يبدأ من برهة انفجار جيب المياه وينتهى بولادة الجنين . ومتوسط مدته من ساعة الى ساعتين عند بكرىات الولادة ، ومن ١٠ — ١٥ دقيقة عند متكرراتها . والدور الثالث يبدأ من نهاية ولادة الجنين ، وينتهى بتخليص المشيمة . ومدته من ١٢ الى ١٥ دقيقة اذا سوعدت المشيمة على التخلص بعد نزولها من الرحم . أما اذا تركت للطبيعة فقد تكون مدة تخليصها ثلاث ساعات .

المخاض الطائىب — كثيراً ما يحصل أن تبدأ الولادة وتتوالى الانقباضات الرحمية بحيث يمتحنى العنق وتتمدد الفوهة الظاهرة ثم تزول الانقباضات . وربما تأخرت الولادة أياماً بل أسابيع .

متى نجب موزم الوالدة — من أشد الامور مضايقة للطبيب أن الولادة لا تتبع سيراً واحداً في مدتها فقد تطول في بعض الولادات وتقصّر في البعض الآخر. ومن السهل جداً أن يخطئ الطبيب في تقدير زمن الولادة فيترك الوالدة ظاناً بأنها لا تلد إلا بعد ساعات كثيرة فلا يكاد يصل الى بيته حتى تكون الولادة قد تمت فيقع عليه لوم كبير. وقد يلزم الطبيب الوالدة ساعات طويلة منتظراً الولادة من ساعة الى أخرى فتتأخر يوماً أو أكثر. وبما يساعد على تقدير الزمن اللازم للولادة الاستفهام عن الولادات السابقة ان كانت سريعة أو بطيئة. وملاحظة قوة الانقباضات وطول مدتها ومعرفة ما اذا كان جيب المياه قد انفجر أو لم ينفجر، واذا كان الرأس قد هبط كثيراً في الحوض، والى أى درجة وصل تمدد الفوهة الظاهرة. ومن الموافق أن لا يترك الطبيب الولادة المتكررة اذا كانت الانقباضات القوية تتلو بعضها بعضاً في مدد قصيرة، واذا كانت الفوهة الظاهرة تمددت الى حجم الريال. أما اذا كان جيب المياه قد انفجر فلا يجوز أن يتركها أبداً. ومن المهم معرفته أن العنق السميك اللين يتمدد بسرعة بخلاف العنق الذي تكون حافته رقيقة ولكن صلبة فانه يتمدد ببطء. أما عند البكرات فلا يجوز تركهن اذا تمددت الفوهة الظاهرة الى حجم الريال. واذا تركها اضطراراً فيجب أن يكون حيث تسهل مخاطبته ورجوعه اذا انفجر الجيب أو بدأ الطلق القاذف أو ظهرت أعراض ضغط على العجان.

سير الولادة الطبيعي في الدور الثاني — متى تمدد العنق وانفجر جيب المياه يتغير شكل الطلق وذلك لسببين: الأول، انه متى تصرف السائل يصغر تجويف الرحم فتضخم عضلاته وتشد قوتها. والثاني انه بسبب ملاسة الرحم لجسم الجنين يشتد التنبيه المنعكس للطلق. ويساعد على ذلك

ضغط الرأس الصلب على العنق والمهبل بدل جيب المياه اللين المرن . وبعد انفجار جيب المياه حالاً يرتاح الرحم فيقف الطلق قليلاً ثم يعود بشدة متزايدة . وتطول مدة الطلق . وقد تمكث الطلقة من دقيقة ونصف الى دقيقتين ، وتطول المسافة بين طلق وآخر عما كانت في آخر الدور الأول ، ولكن كلما تقدم المخاض قلت الفترات وزادت قوتها حتى أنها وقت تخلص الرأس من الفرج تتتابع بسرعة لا تجعل الفترات بينها محسوسة . وتظهر مساعدة الأم للطلق أشد فانها بغير ارشاد تثبت قدميها وقت الطلق وتركز أليتيها وصدرها على السرير وتقبض يديها على أعواد السرير أو تمسك بأكتاف إحدى الحاضرات ثم تأخذ نفساً عميقاً ، وينفلق مزار الحنجرة ، وتنقبض عضلات الزفير بشدة ، ويتغير شكل صراخها ويحول الى أنين شديد مصحوب بحزق قوى . ولكن متى زالت الطلقة وقبل أن تبدأ الثانية يجوز أن تعود الى الصراخ بقوة . ومن تأثير الطلق والحزق يأخذ الرأس في الدنو من الفرج ، ولكنه يتراجع قليلاً في الفترة بين الطلقات . وفي مدة بقاء الرأس في المهبل يزداد حجم الحدية الدموية . ومتى هبط الرأس الى قرب العجان يضغط على المستقيم فيخرج منه ما يكون فيه من البراز ، وهذا يظهر أهمية اخلاء المستقيم قبل الولادة . ومتى بدأ الرأس في الضغط على العجان يتمدد الجسم العجاني ويبرز للخارج ، وفي نفس الوقت يستطيل وتندفع حافته المقدمة الى الامام ، وكذلك فتحة الشرج تندفع الى الأمام وتطول المسافة بينها وبين المصمض . ومتى ظهر الرأس من الفرج تتسع فتحة الشرج حتى تبلغ ثلاثة سنتيمترات ، وأحياناً ينشخ الفشاء المخاطي ويُدبى . ثم يأخذ العجان في الاتساع فيترقق حتى انه ليسهل في بعض الأحوال أن يحس عند جسّه بتدائز الرأس المغطاة بجزئه المقدم . ثم يأخذ الرأس في التقدم والتراجع

بسبب مقاومة العضلة الرافعة للشرح الى أن تأتي ظلقة قوية تدفع الرأس بين نصفي العضلة الجانبيين فيتمدها أكبر أقطار الرأس ، وينحجز خارجها ، ولا يعود الى التراجع . وغالباً يولد الرأس في الظلقة التالية بعد أن يكون قد اتسع العجان الى أقصى ما يستطيع . ثم تلي ذلك ولادة الجسم متبوعاً ومصحوباً بما تبقى من السائل الأمنيوسي مخلوطاً بقليل من الدم الذي يدل وجوده على أن المشيمة تليظن في الانفصال من ذلك الحين . وبولادة الجسم ينتهي الدور الثاني للولادة .

كيفية السبر في الولادة الطبيعية — (الدور الأول) . وظيفة المولد في الدور الأول للولادة تنحصر في مراقبة المريضة للتأكد من أن سير الولادة عادي لم يطرأ عليه مضاعفات . ويمكن مساعدة الرحم على توسيع العنق بجعل الوالدة تمشى أو تجلس على كرسي ، فإن هذا الوضع يساعد على دفع البويضة الى أسفل أكثر مما يحصل لو استلقت على السرير . ولكنها لو شاءت النوم فالواجب تشجيعها على ذلك لأنها تصحومنه متجدة القوى . ولسهولة نزول الرأس في الحوض يجب اخلاء المثانة من البول والمستقيم من المواد البرازية . وإذا كانت الحامل متكررة الولادة وكانت جدر بطنها مرتخية فالأوفق أن يرتبط بطنها بحزام . وهناك نقطتان قد يسهل على المبتدئ أن يتساهل فيهما ارضاء لأهل المريضة ، وهما دهن المهبل بالفازلين أو أى مرهم آخر وتوسيع العنق بالأصبع مراعات للعادة المتبعة عند القابلات . ولكن في ذلك من الضرر ما لا يقدر فان المراهم عادة غير معقمة ولا ضرورة لها بالمرة ، وتعدد العنق يدعو الى غزيقه وتعرض الوالدة للتسمم العفن . كذلك لا يجوز أن تتعب الوالدة بلا داع بتشجيعها على الحزق وقت الطلق في الدور الأول فانه لا تأثير له قبل انفجار الجيب بل بالعكس ينهك قوى الوالدة بحيث تدخل الدور الثاني خائرة لا تستطيع

مساعدة الطلق . ومن العوائد المضرة أيضاً أن أهل المريضة قد ينشغل بهم إذا طال الدور الأول فيُلجّون على المولّد أن يجسّ الوالدة من وقت لآخر لمعرفة درجة تقدم الولادة ، وقد يطلبون منه أن يعمل لها زرقاً مهلياً بدعوى أنها متعودّة عليه . وهذان الأمران يساعدان كثيراً على نقل المكروبات الى الرحم ويزيدان خطر الحمى النفاسية . انما اذا طال الدور الأول وابتدأ الطلق يأخذ الشكل القاذف فمن المناسب عمل فحص مهبل . فاذا وجد أن العنق أمّحى والفوهة الظاهرة تمددت تماماً ولم ينفجر جيب المياه ، فاللازم أن يُفجّر بمسبر عقيم . ويستعمل القابلات عادة لفجر جيب المياه قطعة من السكر . وهذه لا يمكن تمقيمها فتحدث غالباً تسمماً نقاسياً . أما غذاء المريضة في هذا الدور فيجب أن يكون مغذياً وسهل الهضم مثل اللبن والأرز والشوربة والسوائل .

ماذا يعمل في الدور الثاني - متى انفجر جيب المياه وأخذ الطلق شكله القاذف يعمل فحص مهبل للتأكد من عدم سقوط الحبل السرى ، ومن أن وضع الرأس طبيعى . ولا يفعل شيء الى أن يدنو الرأس من الفرج . كيف نساعد الطلق - لمساعدة الطلق يلزم تشجيع الوالدة على الحزق وقت حدوثه . ولكي يكون حزقها ذا تأثير ، تنام على ظهرها أو على أحد جانبيها ، ثم ترتبط فوطه طويلة (محرمة) أو حبل في حديد السرير من جهة القدمين . ثم توضع وسادة بين قدميها وحافة السرير . وفي وقت الطلق تشنّ ساقها وتثبت قدميها على الوسادة ، ثم تجذب المحرمة بشدة وهي كاتمة نفسها ، وتحزق كما تفعل وقت التفوط . وبعض السيدات يفضلن أن يقبضن يديهن على أعواد السرير فوق رؤوسهن .

واذا كانت الوالدة نائمة على جانبها تكلف إحدى السيدات ، أو الممرضة

ان وجدت ، أن تضع ركبتيها على السرير وتضغط ظهر الوالدة بفضدها أثناء الطلق ، فان ذلك يخفف كثيراً من ألمها .

ويجب أن تلازم الوالدة الفراش من أول الدور الثاني . ومتى ابتدأ الرأس يظهر من العجان تنام على جانبها الأيسر ، ويجذب حوضها حتى يوازي حرف السرير . ويقف المولد بجانبها للملاحظة تخليص الرأس . ويلاحظ وجوب طي ثيابها الى فوق اليتيها حتى لا تتبلل بالسوائل التي تنزل عادة وقت الولادة . ثم تلبس الجوارب المعقمة ويوضع فوقها وتحتها فوط (محارم) معقمة .

المقارنة بين الوضع الظهري والوضع الجانبي — يُفَضَّل المولدون الانجليز الوضع الجانبي ، ويُفَضَّل الفرنسيون وغيرهم الوضع الظهري . والعوام في مصر يؤلدون على كراسي مخصوصة للولادة تجلس عليها الوالدة جلوساً ، ولا تستلقي على ظهرها أو جانبها كما في الوضعين السابقين . والتوليد بهذا الشكل يجعل ردف العجان ومراقبة خروج الرأس من أصعب الأمور ، وهو من ضمن الأسباب في انتشار السقوط المهبل ، ولذا يجب اهماله .

أما الوضع الظهري الذي تكون فيه الوالدة مستلقية على ظهرها وموضوعة على حرف السرير بالعرض بحيث يكون نخذاها منثنيتين على بطنها ، وساقاها منثنيتين على نخديها ، فيساعد على تمديد المسالك التناسلية . لأن ضغط الجنين يكون أشد تأثيراً ، وانقباض عضلات البطن أقوى منه في الوضع الجانبي . ولكن الوضع الجانبي يفضل من حيث انه يمكن المولد من ملاحظة تخليص الرأس وتمديد العجان أكثر من الوضع الظهري .

منى يعطى الكلوروفورم — بعض الحوامل ترهب من آلام الولادة ويطلبن أن يعطى لهن كلوروفورم . والوقت المناسب لاعطائه لهن هو في أثناء تمدد القوّة المهبليّة بالرأس . فتى وجدنا أن العجان ابتداءً يبرز أثناء

الطلق وان الفرج ينفتح قليلاً ، وانه يمكننا الاحساس بالرأس اذا ضغطنا بين الشرج والمصص ، نعلم أن الوقت المناسب لاعطاء الكلوروفورم قد دنا . كيفية اعطاء الكلوروفورم - الاوفق أن تعطى مقنعة (شامة) الكلوروفورم للوالدة نفسها ويطلب منها أن تضعها على فها ، ومتى ابتداء الطلق نُثَقَط عليها بعض نقط من الكلوروفورم ، فتى تحذرت الماخض قليلاً تسقط المقنعة من يدها ومتى صحت نثقت بعض نقط أخرى وهكذا . ومتى ابتداء الرأس فى التخلص يوضع قليل من الكلوروفورم على المقنعة لمنع الولادة عن الرفس . واعطاء الكلوروفورم خفيفاً بهذه الكيفية لا يضر الأم ولا الجنين . انما يلاحظ أن لا يكون قريباً من الكلوروفورم شموع موقدة ولا لمبات لأن غازاتها تحلل الكلوروفورم بحيث تجعل بخاره مهيجاً جداً للمسالك التنفسية . ولا يجوز اعطاء الكلوروفورم اذا كانت الولادة مصابة بامراض كلوية أو بالتسمات المتصاصية للحمل لأنه يسبب فى هذه الاحوال مضار كثيرة للكبد والكليتين . وفى هذه الاحوال فقط يفضل استعمال الاثير . متى لمزق جيب المياه - اذا أجرينا فحصاً مهلياً ووجدنا الرأس منجشراً والفوهة الظاهرة تمددت تمدداً تاماً او كادت ولم ينفجر جيب المياه نفجره بمسبب معقم .

اضرار الانفجار المبكر لجيب المياه - لا يجوز بأى حال من الاحوال تمزيق جيب المياه قبل تمدد الفوهة الظاهرة وذلك لأربعة أسباب وهى : -

(١) انه من المعلوم ان السوائل تضغط ضغطاً متناسباً على التجويف الذى تكون فيه . وعلى ذلك فان وجود السائل الامنيوسى يمنع وقوع الضغط المضر على اجزاء الجنين وعلى جدر الرحم ، اذ يحمل الضغط عليها متساوياً . ثم انه يساعد ايضا على نحو العنق وتمديد الفوهة الظاهرة ، بحيث لو

تمزق جيب المياه قبل حدوث ذلك يتعطل الدور الأول ، لان الجزء الآتي به الجنين لا يستطيع أن يندفع كإسفنج في الفوهة الظاهرة ويمدها كما يفعل جيب المياه ، الا اذا كانت متسعة اتساعاً كافياً لقبوله .

(٢) انه متى انفجر جيب المياه قبل اوانه فعند حدوث كل طلق يضغط الجزء الآتي به الجنين على جزء معين من جدر الرحم . فاذا طال مدة الولادة بسبب ما من دوام الضغط المتكرر على ذلك الجزء يصبح عرضة للالتهاب والتمزق ، أو تضعف حيويته لدرجة تجعله يتنكرز (يتغفر) فيما بعد .

(٣) انه عند ما يكون الجنين عائماً في السائل الامنيوسي لا يكون الضغط على الحبل السرى ممكناً . أما اذا انفجر جيب المياه وتصرف السائل الامنيوسي فقد ينضغط الحبل السرى بين الجنين وجدر الرحم فتقف دورة الجنين ويموت .

(٤) أنه عند ما يكون الجنين عائماً في السائل الامنيوسي يسهل على الرحم اذا كانت انقباضاته قوية وقت الولادة ، ان يصالح وضع الجنين ان كان معيباً . أما اذا انفجر جيب المياه فالجنين يبقى في وضعه المعيب . وعلى ذلك فانفجار جيب المياه قبل الأوان يعطل الدور الأول ، ويزيد آلام الأم من ضغط اجزاء الجنين على الرحم ، ويساعد على تمزق الرحم ، ويجعل الجنين في خطر شديد .

ردف العجان — من المهم جداً ملاحظة النقطتين الآتيتين اثناء تخلص الرأس وهما : — اولاً — لا يسمح للرأس ان يتخلص الا وهو في حالة انثناء تام حتى لا يتدد العجان الآباصفر أقطار الرأس . ثانياً . — لا يسمح للرأس أن يتخلص بسرعة خوفاً من أن لا يعطى للعجان الوقت اللازم لتمدده فيتمزق . أما الطرق المستعملة لردف العجان فكثيرة اهمها الطريقة الآتية والمهم في

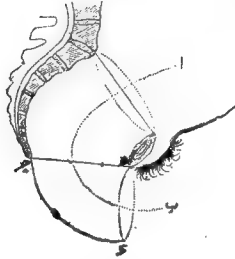
عملها أن نتذكر أن وظيفة المولد ليست سند العجان ، لأن سنده باى كيفية كانت لا تمنع تمزقه . انما الغرض منها أن يضغط على الرأس حتى يمنع عن الانبساط أثناء خروجه من العجان ، وأن يكون ضغط الرأس موجهاً الى الفوهة لا الى العجان .



(شكل ٧٧) ردف العجان بالسند

وطريقتها هي أن يقف المولد مواجهاً لأقدام الوالدة . ثم يمرر اليد اليسرى بين الفخذين من الأمام ، ويضع اصابعه على رأس الجنين بحيث يدفعه الى الأمام تحت القوس العائى ، فيساعد بذلك اتثناء الرأس الى أن يمر المؤخر من تحت القوس العائى من جهة ومن جهة أخرى يمنع ولادته فى برهة الطلق اتقاء لتمزق العجان . وفى هذا الوقت لا تفعل اليد اليمنى شيئاً ، بل يُنتظر الى أن ينزل الرأس نزولاً كافياً ، وقبل خروجه بطلقين أو ثلاثة يُضغَط برسغ اليد اليمنى على المسافة التى بين الشرج والمصمص بعد الطلقة مباشرة ، وبهذه الكيفية يُدفع الرأس الى اتجاه الفرج بدل من ضغطه على العجان فيولد بحركة انبساط .

ولسهولة فهم هذه الطريقة نلاحظ نظريتها الموضحة في (شكل ٧٨) فبتأمل الشكل يُرى أن المسالك التناسلية للأم تكون وقت الولادة على شكل



(شكل ٧٨)

مخارز الحوض . وهو بين أيضا التمدد الذي يحصل لقناة الفرجية أثناء مرور الرأس . لحرفا اب يشير ان للمحور العام لتجويف الحوض والمسالك التناسلية من وقت مرور الرأس من المضيق العلوى الى وقت خروجها من الفرج ، وحرفا هـ و يشير ان للمجان التمدد ، وحرفا هـ و للفرج المتمدد بالرأس .

فوس (اب) تغيره الى الأمام . ويمكن أن يعتبر هذا القوس مقسوماً بالخط هـ ج الى قسمين علوى وسفلى . ففي أول الولادة عندما يكون الجنين في القسم العلوى تدفعه الانقباضات الرحمية الى نقطة بين الشرج والمصمص . ولكنه تى هبط الى القسم السفلى يتغير الاتجاه لانه يسير نحو الفرج . فاذا بدأنا بردف العجان والرأس لا يزال في القسم العلوى فان ذلك يدعو الى تأخير خروج الرأس . ولكننا لو انتظرنا الى أن ينزل الرأس الى القسم السفلى فان دفع الرأس الى الأمام يمنعه من الاندفاع على العجان ويجعله يسير في اتجاه القوة المهيمنة .

النقط الواجب ملاحظتها في تخليص الرأس — يجب ملاحظة نقطتين مهمتين : الاولى أن يولد الرأس وهو في حالة انثناء الى ان تخرج الحذبة

المؤخرية لانه في هذه الحالة يكون أكبر قطر يمدد العجان أثناء انبساط الرأس وولادته هو تحت المؤخرى القمى وطوله ٩,٥ س. بخلاف ما لو سمح للرأس بأن يولد والمؤخر لم يخرج من تحت القوس العانى فان العجان يتمدد بالقطر المؤخرى الجبى وطوله ١١,٥ سنتيمراً . وطريقة ابقاء الرأس منتثياً هي ان تضغط الجبهة الى الامام حتى يبقى الذقن ملاصقاً للصدر . والنقطة الثانية هي أن يولد الرأس في الفترة بين الطلقات . ويقوم ذلك بمنع الولادة من الحزق وقت الطلق وتشجعها على الصراخ ومنعها من تثبيت قدميها . ومتى زالت الانقباضات يُجتهد في تخليص الرأس .



(شكل ٧٩) ردف العجان بالطريقة غير المباشرة (تويدى) .

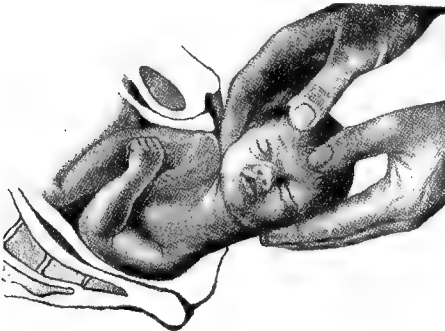
ومنى تمت ولادة الرأس نجذبه قليلاً الى الوراء لنرى الحبل السرى لعله يكون ملتقاً عليه . فان كان ملتقاً نجذب احدى اللفات الى أسفل ونمررها من فوق الرأس ، فاذا كانت قصيرة نزلقها على احدى الكتفين ثم على الكتف الأخرى . فاذا لم يمكن عمل احدى هاتين الطريقتين يُقَطَّع الحبل السرى بمقص وتُنْهَى الولادة بسرعة بِجَذْبِ الرأس والضغط على القاع .

ملاحظة العينين والفم - قد يكون في فم الطفل قليل من المواد المخاطية ، فإذا تركت يحتنق الطفل بها عند أول شهيق . ولذلك يلزم أن



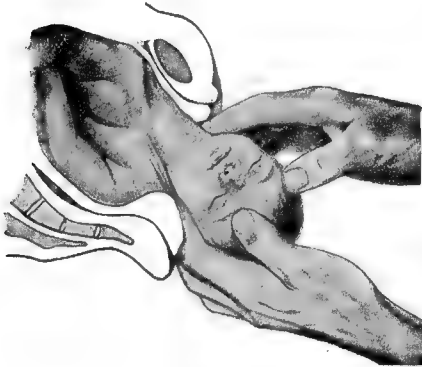
(شكل ٨٠) تخليص الحبل الدمى من فوق الرأس (توبدى)

يمسح فم الطفل بقطعة من الشاش متى ولد الرأس . ويلزم أيضاً مسح العينين باعتناء بقطعة شاش أخرى حتى لا تدخل الافرازات المهبلية في عيني الجنين



(شكل ٨١) رفع الرأس للأعلى لتخليص الكتف الخلفية .

فقد يتفق أن تكون الأم مصابة بالسيلان فيصاب الطفل بالرمد الصديدي.
ولادة الكتفين — تولد الكتفان عادة وقت حصول الطلق التالي
لولادة الرأس . ولكن اذا رأينا رأس الجنين شديداً لازرقاق، أو اذا تقلصت
عضلات الوجه يلزم انتهاء الولادة بسرعة بالضغط على قاع الرحم وادخال
اصبع في المهبل ، ووضعها في احد الإبطين ، وجذب الجنين من تحت القوس
العاني . أما تخلص الأكتاف بالجذب على الرأس فيعطل دوران الأكتاف
ويحدث تمزقاً في العجان أو يزيد التمزق ان كان موجوداً .

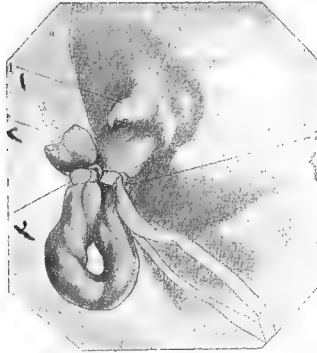


(شكل ٨٢) تخفيض الرأس لتخفيف الكتف المقدمة

ولادة باقي الجسم والساقين — يتخلص باقي الجسم والساقان بذات الطلق
الذي يقذف الكتفين . وفي اثناء ولادة الكتفين يلزم أن يُسك الرأس
باليدين وبوجه جهة بطن الأم حتى تتخلص بذلك الكتف الخلفية من العجان
قبل المقدمة . ومتى تخلصت الخلفية يجذب الجسم الى أسفل قليلاً فتتخلص
الكتف المقدمة .

الدور الثالث — وهو الدور المشيمي وينبدأ من تمام ولادة الجنين وينتهى بتخليص المشيمة .

وضع المامض في أثناء الدور الثالث — متى تمت ولادة الجنين يلزم أن تُكَلَّفَ الوالدة بالنوم على ظهرها بحيث تكون قدمها مرتكزتين على حافة السرير . ولا يجوز بأى حال من الأحوال أن تنام الوالدة على جانبها الأيسر في أثناء تخليص المشيمة لأن هذا الوضع يساعد على دخول الهواء الى الرحم حاملاً اليه بعض المكروبات .



(شكل ٨٣) طريقة لربط الحبل السرى ليست مذكورة في المتن :
 ١ - السرة
 ٢ - مكان قطع الحبل السرى
 ٣ - عقدة الرباط الأول
 ٤ - عقدة الرباط الثانى .

الاعتناء بالطولود — اذا ازرق جسم الجنين فمسكه بقدميه ورتفعها الى فوق . وفى الوقت ذاته نضربه على ظهره لتحريض التنفس . ولما كان أول تنفس يبدأ بالشهيق فان رفع الجنين بالكيفية السابق ذكرها يخرج المخاط من

الحلق. ومن الموافق أن يمسح فم الطفل بشاش نظيف أو يُمص المخاط من حلقه بقشطرة .

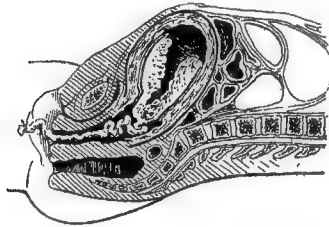
منى يربط الحبل السرى — لا يجوز ربط الحبل السرى الا عند وقوف نبضاته ، وذلك لكي يكتسب الجنين مقداراً كبيراً من الدم الذى فى المشيمة . وكيفية ربطه هى أن تأتى برباط عقيم من الحرير القوى وتربط به الحبل ربطاً متيناً على قيد ٣ أصابع من السرة ، بعد التحقق من عدم وجود عرى معوية فى الرباط ، ثم تقيس أصبعين وتقطع الحبل السرى بمقص عقيم . ثم نضع رباطاً آخر على الطرف المشيمى للحبل السرى بالقرب من الفرج ، وذلك لشيثين : الأول انه قد يكون الحمل توأمياً فيموت الجنين الثانى من النزف ، والثانى لمنع تبلل الملابس والأبسطة .

ذلك الرحم — فى الأحوال الاعتيادية التى لا تكون مصحوبة بنزف لا يجوز ذلك الرحم قبل خروج المشيمة . انما من الموافق بعد تخليص الجنين أن نفرز الجزء الزندى لليد فى البطن بحيث يلامس قاع الرحم بدون ضغط عليه ، ونستمر على ذلك الى ما بعد تخليص المشيمة بقليل . وفائدة وضع اليد بهذه الكيفية هو أن يدرك حصول النزف الباطنى بمجرد حدوثه .

تخليص المشيمة — تتخلص المشيمة فى زمنين : فى الزمن الأول تتخلص من الرحم ، وفى الثانى من المهبل . والواجب فى مساعدة تخليص المشيمة أن يُتَظَر انتهاء الزمن الأول . لانا اذا حاولنا مساعدتها قبل ذلك فقد نحرّض النزف أو نسبب انفصال بعض اجزائها وبقائها فى الرحم . والمصريات على وجه العموم لا يسمحن للقابله بأن تترك المشيمة فى الرحم دقيقة واحدة بعد ولادة الجنين ، خوفاً من انقباض الرحم عليها وتعذر تخليصها بعد ذلك . ومع أن هذا الوهم فاسد فقد تضطر المولدة ارضاء لحاظرهن أن تجذب الحبل السرى ،

أو تضع يدها في المهبل لتخليص المشيمة . وهذا العمل خطر جداً أقل ما فيه أنه يحرض النزف ويسمح ببقاء قطع من المشيمة والأغشية في الرحم ، فضلاً عن أنه إذا كانت المشيمة شديدة الالتصاق بالرحم فقد ينقلب باطن الرحم الى الخارج من جذب الحبل السرى . ولذلك فالواجب ألا يُعبأ بكلام الأهالى مطلقاً ولا يُقدِّم المولد على مساعدة المشيمة على التخلص الا متى انفصلت من الرحم ونزلت الى المهبل .

كيف نعرف أنه المشيمة انفصلت منه الرحم - تدل على ذلك خمس علامات (انظر شكل ٨٥) وهي : -



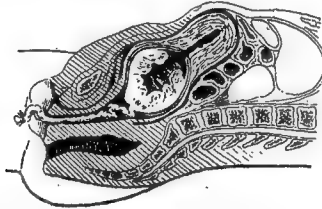
(شكل ٨٤) هيئة المالك التناسلية قبل أن تترك المشيمة الرحم (جنت)

(١) استطالة الحبل السرى . قد ذكرنا في الكلام على ربط الحبل السرى أننا نضع رباطاً على الطرف المشيمى للحبل السرى بالقرب من الفرج . فتنزل المشيمة الى القسم السفلى للرحم نجد أن الجزء الذى هو خارج الفرج صار أطول من الأول ، وهذه العلامة من العلامات الأكيدة .

(٢) أمسك الحبل السرى وقومته قليلاً ، ثم ضع يدك على البطن واجذب الرحم الى الأعلى في اتجاه النتوء الخنجرى . فإذا كانت المشيمة في الرحم ترتفع هي أيضاً وتجذب الحبل السرى معها فيدخل جزء منه الى المهبل بنسبة ارتفاعها .

أما اذا كانت المشيمة في المهبل فلا ترتفع مع الرحم ولا يجذب الحبل السرى داخل المهبل . وهناك طريقة أخرى لذلك وهى أن يضغط بلطف على قاع الرحم ، فهبوط الرحم يستطيل الحبل السرى ويبرز خارج الفرج قليلاً ، فإذا رفعنا الضغط عن الرحم يرجع الى محله الأسمى ، فإذا كانت المشيمة لا تزال في الرحم يدخل جزء من الحبل السرى الى المهبل بنسبة ارتفاع الرحم ، أما اذا كانت في المهبل فيبقى على حاله .

(٣) متى نزلت المشيمة الى الجزء العلوى للمهبل تدفع الرحم الى الأعلى فيصعد القاع الى محاذاة السرة أو أعلاها بقليل بعد أن كان أسفلها .



(شكل ٨٥) هيئة المسالك التناسلية بعد أن تنزل المشيمة في القسم السفلى للرحم (يكت)

(٤) عندما تكون المشيمة في الرحم يكون الرحم هابطاً قليلاً في الحوض فيصعب تحريكه ، ولكن متى نزلت منه المشيمة فإن الرحم يرتفع خارج الحوض قليلاً ويصبح مرتكزاً على المشيمة (موزوناً عليها) فيسهل وقتئذٍ تحريكه في جانب الى الجانب الآخر .

(٥) متى نزلت المشيمة الى المهبل تسبب بروزاً في القسم الخلفى شبيهاً بالذى يحدث عند امتلاء المثانة .

كيف تنفصل المشيمة عن الرحم — متى ولد الجنين وقبل أن يتقبض الرحم تماماً يحصل نزف من جيوه الوعائية فيسبب تجمعاً دموياً خلف

المشيمة يفصل مركزها عن جدر الرحم . ثم انه عند حصول طلق ثان ينضغط هذا التجمع فيستطيل ويفصل جزءاً آخر من المشيمة فيزداد النزف وينتهي الأمر بانفصال المشيمة وظهور سطحها الجنيني أولاً ويتلوه السطح الرحمي مغطى بكثرة التجمع الدموي . وفي بعض الأحوال قد يفصل الجزء السفلي للمشيمة أولاً ويتلوه الجزء العلوي . وفي هذه الحالة يخرج الجزء السفلي أولاً آتياً بسطحه الرحمي ويتلوه باقي المشيمة .

الوقت الذي تأخره المشيمة في انفصالها من الرحم - قد تنقذف المشيمة بعد ولادة الجنين مباشرة ، أو بعدها بخمس دقائق أو عشر أو أكثر فإذا لم تنفصل قبل مرور ساعة نعلم أن الحالة غير طبيعية .

ومتى خرجت المشيمة من القسم العلوي للرحم ونزلت الى القسم السفلي للرحم والعلوي للمهبل ، نمسك قاع الرحم بأحدى اليدين أو كليهما ثم نعصره وندفعه الى الخلف في اتجاه المعجز ثم الى أسفل في اتجاه المهبل . ويجب أن يفعل ذلك في برهة انقباض الرحم ، والآ عرضناه للانقلاب مع المشيمة ، ومتى خرجت المشيمة تستلقي باليدين .

ويأتى الآن دور تخلص الأغشية ولذلك طريقتان : الأولى أن تدار المشيمة على محورها جملة مرات فتلتوى الأغشية على نفسها وتنفصل من أضعف نقطة فيها وهي نقطة اتصالها بالرحم . والطريقة الثانية هي أن نمسك أطراف الأغشية باليدين : واحدة على كل طرف ، وتبسط الأغشية بينهما ثم تجذب جذبا رقيقا الى الأسفل والوحشية مع ذبذبة قليلة الى الجانبين ومن أعلى لأسفل . فاذا لاحظنا بأن الأغشية بدأت تتمزق نمسكها من جهة أعلى التمزق : وإذا بقيت قطعة من الأغشية : بعد انفصال المشيمة نمسكها ونجفف شرياني وتركه ساعة أو ساعتين أو أكثر ثم نلفه جولا نفسه ^{جملة} لمرات

فتخرج بقية الأغشية . أما اذا بقيت قطعة صغيرة من الأغشية في باطن الرحم فالأنسب تركها لتنزل مع السائل النفاسي . واذا كنا راعينا النظافة التامة في الولادة فلا خوف من حصول امتصاص عفن . وفي هذه الحالة يدلك الرحم جيداً وتعطى الوالدة ٤ جرعات من خلاصة الارجوتين السائلة . فاذا وجدنا تغيراً في رائحة السائل الأمنيوسي في اليوم الثاني نعمل زرقاً مهبلياً ؛ فان كانت الأغشية في المهبل تنزل مع السائل ، والأفتنبه بزرق رمحي بقنطرة بوزمان ، وبهذه الطريقة يسهل جداً اصطياد وعرقلة الأغشية بين الأصبع الموضوع على العنق والقنطرة التي في باطن الرحم .

فحص المشيمة — متى نزلت المشيمة نضع اناء بين الفخذين ونقلها اليه وبهذه الطريقة نمنع تبلل الفراش ، أما اذا حاولنا نقلها الى اناء بعيد عن السرير يتساقط الدم على الأبطية . وبعد ذلك نملأ هذا الاناء الى نصفه بالماء ثم نفحص الوجه الرحمي للمشيمة . فاذا وجدنا الفصوص ملتصقة بعضها ببعض ومغطاة بغشاء رمادي رقيق شبيه بورقة السجارة نعلم انها سليمة ، واذا وجدنا تمزقاً نضم حافتيه ونرفع حواف المشيمة حولها أعلى من مستوى التمزق فان توافقت الحوافي تماماً نعلم أننا لم نترك شيئاً في الرحم . واذا وجدنا مسافة خالية فهذا دليل على أن جزءاً منها بقي ملتصقاً بالرحم . ثم نفحص الأغشية ويبحث عن إمكان وجود مشيمة اضافية تكون قد تركت في الرحم . ويستدل عليها من وجود أوعية خارجة من المشيمة الأصلية وممتدة على سطح الأغشية الى ان تصل الى ثقب فيها ، فان ذلك دليل على أن مشيمة كانت متصلة بها . وتركت في الرحم . فاذا ثبت لنا ذلك نعقم يدينا جيداً ونعقم الفرج جيداً ثم نبحث عنها في باطن الرحم . وقبل ان ننهي من فحص المشيمة نبسط الأغشية لنعرف ان كان المقدار الذي خرج كافٍ لتغليب الجنين ؛ أو إنه فيه

ترك بعضه في المسالك التناسلية . وفي كثير من الأحوال تكون الأغشية منهكة بحيث يصعب الوصول الى نتيجة قاطعة .

فهرسة ما يعمل في الدور الثالث — تنام الوالدة على ظهرها ثم نضع يدينا على قاع الرحم للملاحظة . وإذا كانت المثانة مملوءة يلزم تفضيتها لان الضغط على مثانة مملوءة يسبب ألماً شديداً . ومتى وقفت نبضات الحبل السرى تربطه في موضعين كما تقدم وبعد ذلك نقطعه . ثم ننتظر حتى نتأكد نزول المشيمة الى المهبل فنطردها الى الخارج بدفع قاع الرحم في اتجاه الفرج العجان — من المهم جداً الكشف على العجان بعد الولادة للتأكد من عدم وجود تمزقات فيه . فان وجدت وجبت خياطتها حالاً مهما كانت صغيرة .

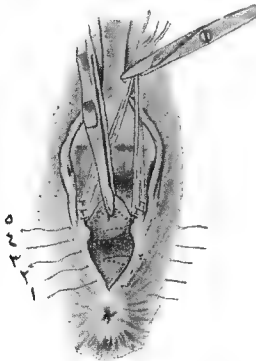


(شكل ٨٦) تمزق ناقص للعجان . خياطة العضلتين الرافعتين للفرج

وهناك نوعان من التمزق العجاني : الأول تمزق يحصل في الخط المتوسط للعجان فقط ، والثاني تمزق يحصل في الخط المتوسط للعجان ويضاعف بتمزق في المهبل إما في أحد جانبيه أو فيهما معاً . وكيفية حصول النوع الثاني هي انه

بسبب كون العضرد اللينى للرافعتين الشرجيتين قويا جداً فلا يحدث التمزق فيه بل يتعداه الى الألياف الجانبية . ثم يتسرب هذا التمزق تحت الغشاء المخاطي فيجعله يبرز امام الرأس على هيئة لسان . وفى أثناء ولادة الرأس من العجان يحصل تمزق آخر فى الخط المتوسط للعجان ويتصل بالتمزق الذى على جانبي المهبل . وهذا النوع من التمزق أروأ بكثير من النوع الأول ، وهو السبب المهم فى حصول ميل الرحم وانثائه للوراء وسقوط الرحم والمهبل .

كيفية فحص العجان . — تنام الوالدة على جانبها الأيسر بحيث تكون أليتها على حافة السرير . ثم يمرر اليد اليسرى فوق الفخذ الأيمن للمريضة ونبعد حافى الشوكة الفرجية بأصابعنا . وباليمنى نلطف الجرح من الدم بواسطة قطع من القطن مغموسة فى محلول ليزول بنسبة ١ الى ٢٠٠ . وبهذه



(شكل ٨٧)

تمزق ناقص يوضح الفرج الأخيرة العجانية
ويفضل ان تكون من أمام دود الفرج .

الطريقة يسهل علينا ادراك التمزقات العجانية مهما كانت صغيرة . فاذا وجدنا ان التمزق ممتد جانبياً ندخل أصبعاً فى المهبل لنعلم اتساع وعمق التمزق . والأفضل أن يعمل هذا الفحص بعد ولادة الجنين مباشرة .

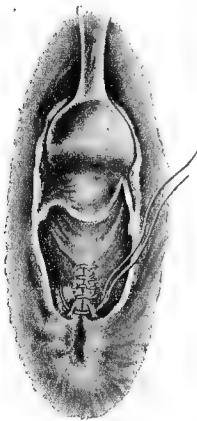
ملاحظة العجان — يجب عمل الخياطة بعد الولادة مباشرة ويستحسن عملها قبل خروج المشيمة ان لم تكن المريضة مبنجة لانه كلما عملناها قريباً من خروج الجنين

كان الألم أقل . ثم نعد الخيط إما قبل خروج المشيمة أو بعدها . وبعض (٢٦)

المولدين ينصح بعقد الفرز عقدة واحدة، والانتظار حتى اليوم الثاني حين يكون التورم الحاصل في الأنسجة قد زال، ثم تشد العقدة الأولى وتعد العقدة الثانية. وإذا لم تشاهد الجروح الآ بعد يومين فلا يجوز خياطتها إلا إذا كانت نظيفة وغير مغطاة بطبقة رمادية. وقد رأينا جروحاً نظيفة تلثم حافاتها بخياطتها ولو بعد اليوم الرابع للولادة.

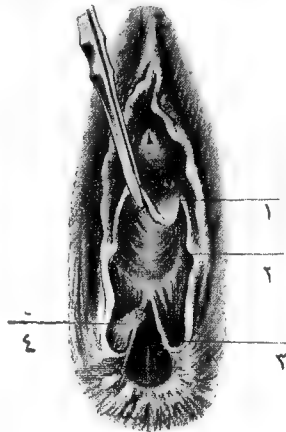
درجات تمزق العجان — توجد درجتان لتمزق العجان :

(١) التمزق الكامل وفيه يتمزق العجان كله ويعتمد التمزق الى المستقيم.



(شكل ٨٩) تمزق كامل للعجان .

خيطة النشاء المخاطي المستقيم .
يلاحظ أن الأبرة تمر في سمك جدر المستقيم ولكن لا تثقبه وعند خروجها لا تمر بالخافة وبذلك تصير الخيطة كلها فائرة .



(شكل ٨٨) تمزق كامل للعجان .

١ — يبين امتداد التمزق داخل المهبل
٢ — مكان الشوكة الفرجية
٣ — مكان العضلة الماصرة للشرج
٤ — العضلة الماصرة للشرج مقطوعة جانبياً وليس في الخط المتوسط وهو الأكثر حصولاً .

(٢) التمزق الغير الكامل وفيه لا يتمزق الآ جسم العجان فقط .

فاذا وجدنا تمزقاً من أحد هذين النوعين وجبت خياطته في الحال تفادياً لحصول القرحة النفاسية وافتقاء لحصول السقوط المبلى فيما بعد .
أما طريقة خياطة التمزق الكامل فتتخصص في خياطة جدر المستقيم بعضها ببعض أولاً حتى يتحول التمزق الكامل الى تمزق غير كامل . ويستحسن

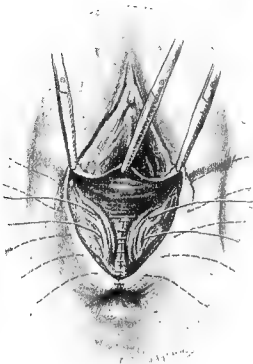


(شكل ٩٠) قابضة للابر (داوون)

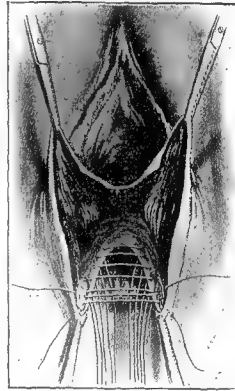
أن يكون الخيط المستعمل من الكاتجوت حتى يمتص من نفسه . ثم تضم حوافي الجرح المبلى بجملة غرز متقطعة من الكاتجوت أيضاً . وتخطا حافتا العضلتين الرافتين للشرح بعضهما ببعض بغيرز من الكاتجوت ، واذا كانت العضلة العاصرة للشرح متمزقة فتمسك حافتها المتمزقة بجفوت شريانية ثم تخطا بعضها ببعض بغيرز من الكاتجوت . أما الجرح العجاني فتضم حوافيه بغيرز من امعاء دودة القز (سيلكوزم) مع ملاحظة ان الغرز تصل الى قاع الجرح . وترفع الغرز العجانية في اليوم التاسع أو العاشر .

تنظيف المريضة — متى انتهينا من خياطة العجان نأتي بصحفة مملوءة باللبزول ه في الألف وبها رفائد من القطن . ثم نفسل الفرج بدون تبعيد الشفرين ونجففه ثم نفسل الفخذين . ولا تستعمل الرفادة الواحدة (الاسفنجية) الآمرة واحدة . ثم نطلب من الولادة أن ترفع ظهرها ونمسجه ونجففه ، ثم نرفع من تحتها الملاءات المتسخة ومعه المسمع الصغير ونضع بدلهاملاء نظيفة مطوية أربع طيات ثم نضع على الفرج حفاظاً عقيماً . ويجب في الأحوال التي يخطا فيها العجان أن تمنع الممرضة عن تبعيد أطراف الجرح وقت غسله وتنظيفه لأن كثرة التعرض للجروح تمنعها عن الالتئام .

واذا لم يكن من المتيسر الحصول على غيارات عقيمة فيجوز أن تغلى الغيارات في محلول الليزول أو في محلول سالياني بنسبة ١ الى ١٠٠٠ ثم تعصر جيداً . والغيار بهذه الكيفية يساعد على حفظ السائل النفسى الذى يتشرب فيه من التعفن . والأفضل أن يكون طول قطعة الغيار ٢٥ سنتيمتراً وعرضها ١٠ سنتيمترات وسمكها ٥ سنتيمترات .



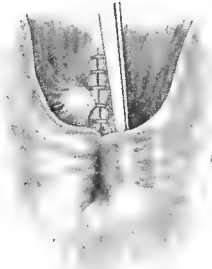
(شكل ٩٢)
تخزق كامل للمجان .
خياطة المضلّتين الرافعتين للشرح .



(شكل ٩١)
طريقة اخرى لخياطة المستقيم في احوال
التخزق الكامل للمجان . في هذه الحالة
تكون القعدة ظاهرة في تجويف المستقيم
وليس غائرة مثلها في (شكل ٨٩)

الرباط البطنى — متى انتهينا من وضع الغيار تنام الوالدة على ظهرها ويوضع الرباط البطنى تحتها . والرباط البطنى هو قطعة من القماش القوى طولها متر وعرضها ستون سنتيمتراً . ويجب في وضع الرباط ملاحظة أن

حافته السفلى تكون أسفل المدورين بخمسة سنتيمترات . وتضم حوافي



الرباط بعضها على بعض بأربعة دبابيس قوية . والدبابيس المستعملة بالقصر هي على هيئة المسامير الرقيقة الحادة .

والرباط البطني يلزم أن يكون مشدوداً شداً مناسباً . ويربط عادة بعد ولادة المشيمة بنصف

ساعة إذا لم يحصل تزف . ولا يرفع

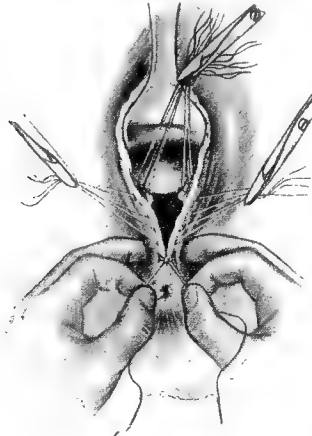
الآ في اليوم العاشر . وفائدة الرباط هي

انه يسند جدر البطن ويمنع التطليل

الغازي الذي كثيراً ما يحصل للنساء .

(شكل ٩٣) خياطة المضة العاصرة .

أحد طرق المضة العاصرة للشرح ظاهر في
يمين الشكل ، والطرف الاخر وضع عليه
جفت لجذبه الخارج وخياطته للطرف الاول .



(شكل ٩٤) يوضح كيفية ربط العقد النهائية المعجانية .

الاعتناء بالمولود — متى ولد الطفل وجب لفة في قطعة من الفلانلا ثم خصه جيداً للتأكد من عدم وجود تشوهات خلقية فيه . وإذا شككنا في أن الولادة كانت تشكو من افراز مهبلي قبل الولادة وجب أن نضع نقطتين من قطرة تترات الفضة بنسبة ١ الى ١٠٠ في عيني الطفل منعاً لحصول الرمد الصديدي .

الاعتناء بالطفل — تلزم شدة الالتفات في قطع السرة لأنه كثيراً ما تُشاهد أحوال حمرة في مكان اندغام الحبل في بطن الجنين تنتهي بوفاته سببها استعمال مقص أو رباط غير عقيم ، أو الإهمال في الفيار على السرة .

ومتى ولد الجنين يجب دهنه بالزيت الطيب لاذابة المادة الدهنية المتلبدة على جسمه ثم ترغى قطعة صابون على أسفنجة أو على قطعة قطن ويفسل الطفل جيداً ثم يوضع في حمام فاخر حرارته ٣٧ س . ومتى انتهى الحمام يحفف الطفل ثم ترش البودرة على كل الثنيات الموجودة في جسمه مثل الأربية والابط ، ثم يحفف الحبل السري ويُدَّر عليه مسحوق البوريك والزنك والنشاء . ثم يؤتى بضمد عقيم (غيار) أو بقطعة قطن مضروبة بين طبقتين من الشاش تكوى باللكواة وتخرق في الوسط ، ويُدخَل الحبل في الخرق ويطوى على نفسه ثم تطوى أطراف الفيار حوله ويُدَّر المسحوق فوقه ويربط برباط لين . والأفضل خياطة أطراف الرباط لأن شبكها بدبوس قد يؤدي الى انغراس الدبوس في جسم الطفل . ولا يجوز أن يكون الرباط رخواً جداً ولا ضيقاً بحيث يعيق التنفس .

متى يترك المولود الوالدة — يجب أن يبقى المولود في منزل الوالدة مدة ساعة بعد الولادة لأنه قد تحصل للأم أو الجنين مضاعفات تستوجب عنايته ، فقد ينزف حبل السرة ، وقد يمتلئ الرحم بالدم ، وقد يحصل للمولدة نزف خارجي ولو أن حصول ذلك نادر إذا أحسن السير في الولادة . ويجب أن يُعَدَّ

النفض كل ربع ساعة. والعادة ان النبض يبطؤ بعد الولادة. فان زادت سرعته يبحث عن السبب فقد يكون نزفاً إما في باطن الرحم أو خارجه. ويُجسَّ الرحم من الظاهر كل ربع ساعة أيضاً للتأكد من انقباضه تماماً وتُسَجِّع المريضة على النوم ولكن لا ترخي الستائر حتى نستطيع ان نلاحظ أى اصفرار يطرأ على وجهها. واذا شأت ان تأكل تعطى فنجاناً من اللبن أو المرق مع قطعة خبز.

التخدير بغير الكلوروفورم — ينصح بعض المولدين باستعمال المورفين في الدور الأول للولادة فيحققون الولادة بسنتجرام في أول الولادة فننام نوماً هادئاً يصير الطلق بعده أقوى مما كان قبلاً.

وقد اتجهت الآراء حديثاً الى ايجاد طريقة لابقاء المريضة في حالة تخدير مستمر طول مدة المخاض، وذلك باستعمال المورفين مع السكوبولامين أو الهيبوسين على طريقة جوس الألمانى. ولكن لهذه الطريقة بعض المضار تجملنا نتردد في استعمالها الآ في أحوال مخصوصة. وهذه المضار هي: (١) انها توقف مساعدة عضلات البطن وغيرها فتطول بذلك أدوار الولادة الثلاثة و(٢) انه قد شوهد في المستشفيات التي تستعمل هذه الطريقة في جميع الأحوال انه يضطر الأمر في كثير من الأحوال الى استعمال الجفت لإنهاء الولادة. ففي بعض هذه المستشفيات استعمل الجفت في ١٢ ٪ من الأحوال. وفي البعض الآخر في ٣٢ ٪ منها. و (٣) ان درجة الحرارة قد ترتفع مدة النفاس بسبب استعمال الجفت وطول مدة الولادة. و (٤) انه يجب أن تبقى الولادة تحت ملاحظة ممرضة اختبرت هذه الطريقة جيداً وأن يبقى الطبيب ملازماً للمريضة ساعات طويلة في الدور الأول والثاني للولادة. و (٥) انه قد ينتاب الولادة أدوار هيجان شديد. و (٦) ان خطر حصول النزف

بعد الولادة أشد في الأحوال التي تستعمل فيها . و (٧) ان عددًا من الأجنة أكثر من المدة تولد في حالة اختناق . و (٨) انه حصلت بعض وفيات سببها التسمم بالسكوبولامين أو الهيوسين .

طريقة الاستعمال — يبدأ بعمل حقنة من المورفين بمقدار سنتيجرام ونصف مع إضافة ٠.٠٠٤ ر. سكوبولامين ولا يكرر المورفين . وبعد ذلك بساعتين يحقن ٠.٠٠١ ر. سكوبولامين كل ساعة أو ساعتين بحسب اللزوم . وقد تبلغ عدد مرات الحقن من ٦ - ٨ مرات . ولا يبدأ باعطاء المقدار الأول إلا بعد أن يصير الطلق قويا والفترة بين الطلقات لا تقل عن خمس دقائق . وتوضع المريضة في اودة منعزلة بعيدة عن الحركة ، ولا يسمح بدخول زوار ، وتسد أذناها بالقطن . ويلاحظ في هذه الطريقة أنه وان كانت الولادة تمام حقيقة بين الطلقات ولكنها تنبه وقت الطلق وانما تنسى حالاً آلامه ولا تذكرها فيما بعد . ووقت نزول الرأس وخروجها من العجان قد تصير المريضة في حالة هيجان شديد يمنع ملاحظة العجان فيتمزق .

وبعد الولادة يشاهد أن المريضة تنام نوما هادئا تقوم منه مرتاحة الجسم اكثر من اللواتي لا تستعمل لمن هذه الطريقة .

الادوية المقوية للطلق — الأدوية التي لها تأثير على الطلق هي الأرجوتين والبيتوترين واملاح الكينين .

الأرجوتين — اذا أعطى الأرجوتين للحامل التي في المخاض بمقدار صغير جدًا فإنه يقوى الانقباضات الرحمية ويطيل مدتها ويقال الفترات بينها . واذا كان المقدار كبيراً أحدث انقباضاً مستمراً شديداً في عضلات الرحم . أما اذا أعطى الأرجوتين للحامل التي ليست في المخاض فلا يحدث طلقاً من ذاته ، أي ان الأرجوتين اذا أعطى بأقصى مقداره الطبي لا يمكن أن يحرض

الولادة من ذاته فتأثيره مقصور على اللواتى فى المخاض .
ولما كان الارجوتين يحدث انقباضاً راحياً مستمراً ، وليس انقباضاً متقطعاً كالانقباض الطبيعى للرحم فلا يجوز أن يعطى الا اذا كان المراد احداث انقباض مستمر فى الرحم . والانقباض المستمر شديد الخطر فى أدوار الولادة الثلاثة ، لانه يعيق تمدد العنق وقد يمت الجنين من شدة الضغط عليه . وفى الدور الثانى يسبب انقباض الجنين بسرعة هائلة قد تحدث تمزقاً فى المسالك التناسلية ، أو قد تسبب تمزق الرحم اذا وجد مانع للولادة . وفى الدور الثالث يسبب احتباس المشيمة . وعلى ذلك فلا يجوز اعطاؤه الا عند خلو الرحم ، فان الانقباض المستمر يفيد وقتئذ ولا يضر . ويمطى عادة اذا حصل تزف بعد الولادة ، أو اذا لم يرجع الرحم على نفسه مدة النفاس . والمادة المتبعة فى أكثر الولادات الطبيعية هى أن تعطى المريضة قليلا من الارجوتين بمجرد تخلص المشيمة اتقاء لحصول النزف ، ولمساعدة رجوع الرحم على نفسه .

والمقدار الطبى الدستورى هو ٤ نقطة من خلاصة الأرجوتين السائلة . ولكن هذا المقدار لا يكفى : والأفضل اعطاء ٤ جرامات من الخلاصة ، ويمكن أن تعطى المريضة لغاية ١٢ جرام فى مدة ٢٤ ساعة بدون ضرر . ويظهر تأثير الارجوتين عادة بعد اعطائه من الفم ربع ساعة . أما اذا أريد أن يظهر تأثيره حالاً فيحقن تحت الجلد مايجرام واحد أو مليجرامان من سترات الأرجوتينين فيظهر تأثيره فى أربع دقائق .

البيوتورين — هو خلاصة الفص الخلفى للغدة النخامية . والمقدار الطبى له هو جرام من الخلاصة^(١) . ويجوز تكرار المقدار بعد ساعة ولو ان

(١) يحتوى الجرام من محلول البيوتورين على ٠.٢٠ من مادة الغدة .

تأثير المقدار الثاني مشكوك فيه . ويجب استعمال تحضيرات موثوق بها وملاحظة تاريخ تحضيرها . المكتوب عادة على الصناديق المحتوية لها ، لأن التحضيرات القديمة عديمة التأثير . والتحضيرات التي نشير باستعمالها هي المحضرة بواسطة شركة بارك دافز أو باروز ولكم .

... وتأثير البيتوترين مقتصر على وقت المخاض أى انه يقوى الطلق ولكنه لا يحرض الولادة ولا الاجهاض . ويختلف عن الأرجوتين فى أن انقباضاته شبيهة بانقباضات الولادة الطبيعية ولذلك يجوز استعماله أثناء الولادة بخلاف الأرجوتين .

ولا انصح باستعمال البيتوترين فى الدور الأول للولادة لأن تأثيره على الرحم لا يزيد عن ساعة . وربما تبغخود فى الرحم . ولا استعماله فى الدور الثانى إلا اذا كان العنق ممتدداً والرأس منحسراً ولا يعمقه عن الخروج إلا نصف الطلق ، أو صلابة العجان عند البكرات . ولا أعطيه عادة إلا اذا كنت مستعداً لاستعمال الجفت ان لم يتخلص الرأس بعد استعماله بساعة . وفى أحوال كثيرة يُفنى استعماله عن وضع الجفت .
أما فى الدور الثالث فتأثيره مثل تأثير الأرجوتين أى انه يحدث انكماشاً فى الرحم يوقف النزف :

امرح الكينين - فى بعض الأحوال اذا لم يتيسر استعمال البيتوترين يجوز أن يعطى سلفات الكينين ٣٠ ر. فى برشامة ، وتكرر بعد ٣ ساعات ، وتأثيره لا يتبع نظاماً مخصوصاً فأحياناً يحدث انقباضاً مستمراً مثل انقباض الأرجوتين أو متقطعاً مثل البيتوترين ، وعلى كل حال فاستعماله غير مضمون النتيجة .
السكر - أكل مقادير كبيرة من السكر أثناء الدور الثانى يساعد على تقوية الطلق ولا بأس من استعماله لأنه يغذى الماخذ فى الوقت ذاته .

* النفاس *

مدة النفاس هي الوقت الذي تتم فيه نقاهة الوالدة من تأثيرات الحمل والولادة . وترجع المسالك التناسلية الى حالتها الأصلية قبل الحمل تقريباً ، وينتظم سير الرضاع .

زيارات الطبيب - يجب على الطبيب ان يزور الوالدة بعد ولادة الجنين بعشر ساعات . ثم يزورها كل يوم مرة في الأيام السبعة التالية ، وبعد ذلك مرة كل يومين مدة أسبوعين . والأمور الواجب عليه ملاحظتها هي : (١) الحرارة ، (٢) النبض ، (٣) ارتفاع قاع الرحم ، (٤) حالة السائل النفاسي ، (٥) حالة الثديين ، (٦) حالة الأمعاء والمثانة ، (٧) الغذاء وعدد ساعات النوم ، (٨) الراحة ، (٩) الغيارات .

(١) الحرارة - في الأربع والعشرين ساعة التالية للولادة يجوز ان ترتفع الحرارة بدون سبب . أما اذا ارتفعت الحرارة بعد ذلك عن ٣٧.٥ و ٣٨.٥ ستتجراد فيبحث عن سببها .

(٢) النبض - النبض مثل الحرارة يرتفع في الأربع والعشرين ساعة الأولى بلا سبب ، ولكن اذا زاد عن ٩٠ في الدقيقة بعد ذلك فلا بد لذلك من سبب .

(٣) ارتفاع قاع الرحم - بسبب انقباض الألياف العضلية للرحم وانكماشها يأخذ الرحم في الصغر والرجوع على نفسه ، حتى انه في نهاية ستة اسابيع بعد الولادة يرجع الى ما كان عليه قبل الحمل تقريباً . وفي اليوم التاسع بعد الولادة يكون قاعه على محاذاة الارتفاق العاني ، وفي اليوم الرابع عشر يكون قد دخل تجويف الحوض .

(٤) السائل النفاسى — هو السائل الذى ينفرز من الرحم أثناء رجوعه على نفسه . وهو يتألف فى اليومين الأولين من دم فقط ، ثم من دم ممزوج بسائل مصلى يكون لونه مائلاً الى السمرة ، ثم من سائل مصلى فقط ويكون لونه مصفراً أو مائلاً الى الاصفرار . والدم ينقطع عادة فى اليوم السادس . ويقف افراز السائل النفاسى بعد عشرة أيام عادة . وقد يستمر الى الأسبوع الثالث . ومقدار السائل النفاسى يختلف من ٢٥٠ — ٣٥٠ جراماً ، وله رائحة خصوصية تنشأ من الدم المختلط به . وتزداد كميته عند اللواتى يحصل لهن نزف مدة الولادة ، وعند اللواتى حيضهن غزير .

وفى الأحوال الاعتيادية يكون السائل النفاسى الموجود فى الرحم قلوياً ولا يحتوى على مكروبات ، ويكون الموجود فى المهبل حمضياً ويحتوى على مكروبات غير ضارة . ومنشأ السائل النفاسى هو تجويف الرحم ولكن تشترك أيضاً التمرقات التى تحصل فى العنق والمهبل فى افرازه .

(٥) الثريانه — اذا عصرنا الثديين فى اليوم الأول بعد الولادة ينزل من الحلمتين سائل شفاف يسمى بالكولستروم . أما اللبن الحقيقى فلا ينفرز الا فى اليوم الثانى أو الثالث . والكولستروم يختلف عن اللبن فى انه يحتوى على بروتيدات اكثر بربع مرات من اللبن وعلى نصف ما فى اللبن من الدهن والسكر .

(٦) هالة الامعاء والمثانة — يلزم ان تعطى الوالدة مسهلاً فى مساء اليوم الثانى للولادة . ثم تعطى بعد ذلك ملينات خفيفة من وقت لآخر . أما من جهة التبول فاذا لم تستطع التبول طبيعياً فالأفضل ان تبول وهى مرتكزة على ركبتيها ويديها . فان لم يمكن تبولها بهذه الكيفية توضع مكمدات ساخنة على القسم الخلقى . فان لم تبول بعد ١٢ ساعة تمررها قنطرة

بالنظر لا بالمس بعد غسل الصماخ البول بالليزول . ولا يوجد خطر في تمرير القثطرة في اليومين الأولين لأن السائل النفاسى يكون عقيماً . أما بعد اليوم الثانى فيخشى من تلوثه .

أما أسباب احتباس البول عند النفاسى فهى : —

- (١) عدم تعودهن على التبول وهن مستقلقيات على ظهورهن .
- (٢) ان ارتحاء عضلات البطن بعد الوضع لا يمكن الولادة من الحزق من جهة ، ومن جهة أخرى ينمها عن الشعور بتعدد المثانة .
- (٣) الانقباض المنمكس لقناة مجرى البول المتسبب عن وجود خياطة العجان أو تسلخات بقرب الصماخ .
- (٤) خوف المريضة من أن التبول يحدث ألماً اذا مر على جروح . وقبل وضع القثطرة يلزم تجربة تسليط نافورة من محلول الليزول الساخن بدرجة ٤٠ س على الفرج والصماخ . فان لم تتبول المريضة وكانت جدر البطن مرتخية يُربط البطن بحزام أو يضغط على المثانة باليد .
- (٧) الغداء وعدد ساعات النوم — فى اليومين الأول والثانى يلزم أن يكون غذاء النساء مقصوراً على السوائل ، مثل اللبن والشوربة والاروروت مع قليل من الخبز . ومتى تلينت الامعاء فى اليوم الثالث يسمح لها بأكل اللحوم البيضاء مثل لحم الدجاج والسمك وبعد ذلك تعطى كل ما يمكنها هضمه . أما من جهة النوم فالعادة أن الولادة تنام جيداً فى اليوم الأول للتنفاس . فان لم تتم يجب أن تعطى منوماً مثل نصف جرام فيرونال ، ويتبع بمشروب ساخن . والأرق مدة التنفاس هو غالباً من العلامات المنتدرة بحصول التسمم النفاسى والجنون ، فيجب معالجته بلا ابطاء .

ثم انه يوجد تقط أخرى يلزم الانتباه اليها في معالجة النفساء وهي ألا يُسمَح بدخول الزائرات عليها بكثرة .

(٨) الرامز - يلزم أن تلازم الوالدة الفراش مدة ثمانية أيام . وإذا تيسرت اطالة هذه المدة الى ١٢ يوماً كان أفضل . وعلى كل حال اذا ظهر دم في السائل النفاسي بعد قيامها من الفراش ، يلزمها العودة اليه ثانياً والآ فهي تعرض نفسها لانتشاء الرحم الى الوراء وعدم رجوع الرحم على نفسه .

وليس أدل على صحة ذلك من انتشار السقوط المهبلي عند الفلآحات اللواتي لا يرعين هذه الشروط . والأفضل أن تؤمر الوالدات اللواتي لم تحصل عندهن جروح بملازمة الوضع الظهري مدة يومين ، ومن ابتداء اليوم الثالث يوضع خلف ظهرهن وضع مخدات . وهذا الوضع يساعد كثيراً على تصريف السائل النفاسي . ويسمح لهن أيضاً بالنوم على الجانب . وفي اليوم الرابع يمكنهن أن يأكلن وهن جالسات . ويجوز أن ينزلن من الفراش في اليوم السابع ويجلسن على كرسي طويل ساعة أو اثنتين في اليوم . أما المصابات بجروح فيلازمن الفراش الى يوم شفائهن وغالباً يكون ذلك في اليوم الرابع عشر . واذا كانت الوالدة من الموسرات فمن المستحسن أن تكرى لها مدلكة

لتدليك الجسم بعد الاسبوع الأول ، خصوصاً جدر البطن . والتدليك عموماً يساعد الهضم ، وينظم الامعاء ، ويحسن الصحة العمومية . وتدليك البطن يساعد على تقوية عضلاتها ويرجعها بقدر الامكان الى ما يقارب حالتها الاصلية . ويجب فحص كل والدة بعد مبارحتها الفراش للتأكد من وضع الرحم ، فان كان منثنيًا الى خلف يعدل وتوضع لها فرزجة مناسبة .

(٩) الفبارات - يلزم أن يوضع على الفرج غيار كالسابق شرحه . ويلزم تغييره كل ثلاث ساعات اذا لزم في اليومين الأولين . أما بعد ذلك

فيكفي تغييره كل ست ساعات أو مرتين في اليوم فقط .
وفي الأحوال التي تكون فيها الولادة فقيرة ولا يمكنها تغيير الغيارات
عند اللزوم فالأفضل أن لا يوضع على الفرج غيارات بالمرة ، بل تترك السوائل
لتتشرب في الفراش ، فان ذلك أفضل من تحللها وتعفنها على الغيارات . إذا
تركت مدة طويلة .

وفي الأربعة الأيام الأولى يجب غسل الفرج بمحلول الليزول كل أربع
ساعات . أما الزروقات المهبلية فلا يجوز استعمالها إلا إذا تعفن السائل التناسلي ،
لأن الغرض من العلاج أثناء النفاس هو منع المكروبات من دخول المهبل .
والزروقات المهبلية فضلاً عن كونها تقتل المكروبات المفيدة التي تكون في
المهبل والتي وظيفتها إفراز حمض اللبنيك ، فقد يهمل المولد أو مساعده المكلفون
بحملها فيوصلون الى المهبل مكروبات لم تكن فيه قبلاً ، إما من لئامسة مبسم
الزارق للفرج أو من عدم العناية التامة بالتعقيم ، فيكون الضرر الحاصل
أشد بكثير من الفائدة المرجوة من استعمال الزروقات .

الانذار — إذا ارتفعت درجة الحرارة وكانت الحالة العمومية للمريضة
جيدة وكان نومها هادئاً ، وكانت تشعر أن صحتها جيدة فليس ارتفاع الحرارة
في ذاته من العلامات الخطرة . أما إذا كانت الحرارة مرتفعة والنوم مفقوداً
وكانت هيئتها تدل على انها مريضة جداً وكانت تشعر بتعب شديد فذلك
دليل على شدة المرض عليها . أما إذا كانت حرارتها مرتفعة ونومها رديئاً
وهيئتها تدل على انها مريضة جداً ولكنها لا تشعر بحالتها السيئة فالتأهب
انها على شفا الموت .

الولادة بعد الولادة — يطلق عليها العوام اسم (التخاليف) وهي
انقباضات رحمية مؤلمة تحدث بعد الولادة وتستمر من يوم ٣ أيام . ويكثر

حصولها عند المتكررات . وهي تساعد كثيراً في رجوع الرحم على ذاته . وفي الأحوال العادية يكون ألمها يسيراً . ولكن الأحوال التي تتسبب عن وجود بقايا من الأغشية أو كتل دموية في باطن الرحم تصطبج بألم شديد ويجب في هذه الحالة معالجتها بالأدوية التي تساعد على انقباض الرحم مثل الأرجوتين والاسبيرين ، مع تدليك الرحم واستعمال الزروقات المهبلية الساخنة .

وهناك تذكرة يمكن استعمالها في هذه الأحوال : —

خلاصة الأرجوتين السائلة ٣٠,٠٠

صبغة الكينا المحضية ٤٠,٠٠

برومور بوتاسيوم ٢,٠٠

شراب برتقال ٢٠,٠٠

ماء لفاية ٣٠٠,٠٠

يؤخذ فنجان قهوة كل ٣ ساعات لحين زوال الآلام .

تذكرة أخرى :

اسبيرين ٠,٣٠
كودينين ٠,٠٣
برشامة واحدة

يعمل ١٠ برشامات وتؤخذ واحدة كل ٣ ساعات .

وتستعمل في الأحوال العصبية التي يكون الرحم فيها خالياً من الكتل الدموية وغيرها .



الفصل الثاني عشر

﴿ أنواع المجيء ﴾

المجيء بالقمة

المجيء بالقمة هو المجيء الذى تكون فيه القمة ، وهى المسافة الواقعة ما بين اليافوخين المقدم والخلفى ، أكثر أجزاء الرأس اتجاهاً الى أسفل . وهو أكثر الميئات حصولاً لأنه يحصل في ٥٠ ٪ فى المائة تقريباً من الولادات الطبيعية .

الأسباب — سبق شرحها فى الكلام على المجيء ، صفحة ١٢٢ .

الأوضاع — يتميز للمجيء بالقمة أربعة أوضاع : الوضع الأول وفيه يكون ظهر الجنين متجهاً الى الأمام واليسار ، والثانى وفيه يكون الظهر متجهاً الى الأمام واليمين ، وفى الثالث الى اليمين والوراء ، وفى الرابع الى اليسار والوراء . فالوضع الأول وهو الذى يكون فيه الظهر متجهاً الى الأمام واليسار تكون الحدة المؤخرية لرأس الجنين متجهة نحو الثقب المسدود اليسارى للأم ، والجهة نحو الارتفاق المعجزى الحرقفى اليمينى . ويكون القطر الأكبر للرأس شاغلاً للقطر المنحرف اليمينى للحوض . ويسمى هذا الوضع « مؤخرياً حرقفياً يسارياً مقدماً » وهو أكثر الأوضاع حصولاً .

أما الوضع الثانى ففيه تكون الحدة المؤخرية متجهة نحو الثقب المسدود اليمينى والجهة نحو الارتفاق المعجزى الحرقفى اليسارى . ويكون أطول قطر للرأس شاغلاً للقطر المنحرف اليسارى . ويسمى هذا الوضع « مؤخرياً حرقفياً يمينياً مقدماً » .

أما الوضع الثالث ففيه تكون الحدبة المؤخرية متجهة نحو الارتفاق العجزي الحرقفي اليميني، والجهة نحو الثقب المسدود اليسارى . ويكون القطر الأطول للرأس شاغلاً للقطر المنحرف اليميني . ويسمى هذا الوضع « مؤخرياً حرقفياً يمينياً خلفياً » .

أما الوضع الرابع ففيه تكون الحدبة المؤخرية متجهة نحو الارتفاق العجزي الحرقفي اليسارى ، والجهة نحو الثقب المسدود اليميني ، ويكون القطر الأطول للرأس شاغلاً للقطر المنحرف اليسارى . ويسمى هذا الوضع « مؤخرياً حرقفياً يسارياً خلفياً » .

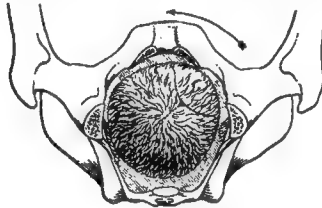
الفحص — (الجس البطنى) بالجلس البطنى يحس بالرأس شاغلاً للقسم السفلى للرحم ، إما فى أعلى المضيق العلوى أو منحسراً فى الحوض . والذقن يكون أكثر ارتفاعاً من الحدبة المؤخرية دالاً على أن الجنبى بالقمة وليس بالوجه ولا بالحاجب . ويحس بالمقدمة شاغلة للقاع على احدى جهتي الخط المتوسط ، وبينها وبين الرأس يحس بالظهر مائلاً الى احدى الجهتين . ثم انه يمكن الاحساس بالأطراف اذا كان الظهر متجهاً الى الورا .

الجس المهبلى — يحس بورم مستدير أملس هو الرأس الذى يتميز عن المقدمة بوجود التداريز واليوافخ . فاليافوخ المقدم يتميز بكونه معنى الشكل والخلقى بكونه أصغر من المقدم وثلاثى الشكل . أما عند تراكم العظام فلا يحس باليوافخ كسافات غشائية بل يحس بها كنقطة تقابل التداريز فقط . فاليافوخ المقدم يحس به وتشد كنقطة تقابل أربعة تداريز والخلقى كنقطة تقابل ثلاثة تداريز .

وبعرفة اتجاه اليوافخ يمكن تشخيص الوضع . ففي الوضع الأول يكون اليافوخ الخلقى متجهاً الى الأمام واليسار (انظر شكل ٩٥) . وفى الثانى

يكون متجهاً الى الأمام واليمين . وفي الثالث الى الورا واليمين . وفي الرابع الى الورا واليسار .

السمع - بالتسمع تسمع ضربات قلب الجنين واضحة، في أسفل السرة وعلى أحد جانبي الخط المتوسط، بحسب اتجاه الظهر (انظر شكل ٩٦) .



(شكل ٩٥)

المجيء بالنمعة، الوضع الاول كما يحس به مهبلًا • البافوخ الخافي الى الامام واليسار .
القوس يشير الى الاتجاه الذي يأخذه الرأس في حمل الدوران الداخلي (فارابوف)

ميكانيكية الولادة - الحركات التي بواسطتها تتوافق أقطار الرأس مع أقطار الحوض المختلفة أثناء تخلصها من المسالك التناسلية خمس وهي : -

(١) و (٢) الانحشار والاثناء ويحصلان معاً .

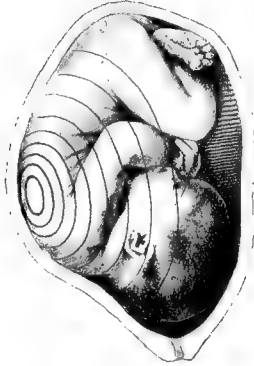
(٣) الدوران الداخلي .

(٤) الانبساط .

(٥) الدوران الخارجي .

(١) الانحشار - متى ابتدأ الطلق يأخذ الرأس في الانحشار في الحوض ان لم يكن قد انحشر قبلاً . وفي الوضع الأول وهو الذي سنشرحه أولاً يكون القطر الجداري الجداري شاغلاً للقطر المنحرف اليساري . والواجب ان العظمين الجداريين ينحسبان معاً بحيث يكون التدريز السهمي قاسماً للقطر

المقدم الخلقى الى قسمين متساويين ، ويسمى انحسارهما بهذه الكيفية انحساراً متزامناً . أما اذا انحسر أحد العظمين الجداريين قبل الآخر فالانحسار غير متزامن وسيشرح فيما بعد .



(شكل ٩٦)

يوضح السبب في سماع ضربات قلب الجنين بأكثر وضوح جهة الظهر في الحمية بالقمة . (مجم)

ثم ان القطر المؤخرى الجبهى يكون شاغلاً للقطر المنحرف اليمى . والسبب في كونه لا يشغل القطر المستعرض مع أنه أكبر من المنحرف يرجع الى شيئين : (الأول) ان وجود المضلتين الابوسواسيتين الحرقيتين يُقصر القطر المستعرض بحيث لا يصير أكبر من المنحرف . (الثانى) ان تقوُّس الفقرات القطنية للأُم الى الباطن يجعل الجدار الخلقى للرحم محدباً للباطن فيضطر ظهر الجنين أن يتجه الى الأمام .

(٢) الانتقاء — قبل ما يدخل الرأس في تجويف الحوض يكون في

حالة توازن غير ثابت ، ولكن متى ابتداء الطلق يُضطر أن يتخذ وضعاً يكون فيه حالة توازن ثابت ، وذلك اما باثنيائه أو بانبساطه . والاثنياء يحصل في ٩٩ من كل مائة ولادة يكون فيها الحجيء بالرأس ، ولا يحصل الانبساط إلا في واحدة . ولذلك سببان : — (الأول) ، ان الجزء من القمة الذي يدفعه

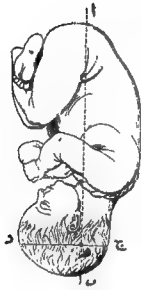


(شكل ٩٧)

يوضع السبب في سماع ضربات قلب الجنين بأكثر وضوح من جهة الصدر في الحجيء .
بالوجه وليس جهة الظهر كالحيء بالقمة . (بيم)

الطلق على فوهة العنق مُشكَّل بكيفية تجعل جزءه الخلفي أسهل انزلاقاً من جزئه المقدم ، وعلى ذلك فالجزء المؤخرى للرأس ينزلق قبل المقدم . و (الثاني) ، وهو الأهم ان الرأس يتم فصل بالعمود الفقري أقرب الى الوراء منه الى الأمام ، بحيث أن نسبة الجزء من الرأس الموجود أمام المفصل الى الجزء الموجود خلفه هي كنسبة ٦ الى ٥ . وعلى ذلك فالمقاومة التي يصادفها الرأس تؤثر على جزئه المقدم أكثر مما تؤثر على جزئه الخلفي ، وبذلك سدفع الجبهة الى الأعلى وينشئ

الرأس، ويستمر الانثناء حتى يلامس الذقن القص تقريباً (انظر شكل ٩٨).
فائدة الملاحظة - فائدته أن يُستبدل قطر طويل بقطر أقصر منه .



(شكل ٩٨)

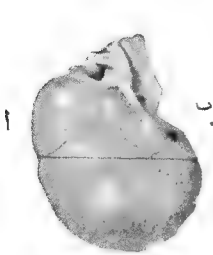
كيفية حصول الانثناء في الجبهة
بالقمة . أ ب يشير إلى الخط الذي
يسير عليه ضغط الانقباضات
الرجية . ج د القطر المؤخرى
الجسم . لاحظ كيف أن الخط
هـ د أكبر بكثير من الخط هـ ج

فبدلاً من أن يكون القطر المؤخرى الجبهي
(وطوله ١١,٥ سنتيمتراً) شاغلاً للقطر المنحرف
يُستبدل بالقطر تحت المؤخرى القمي . (وطوله
٩,٥ سنتيمترات) فقط (انظر الأشكال من
٩٩ - ١٠٢) .

(٣) الدوران الرافلي - القطر المنحرف
هو أطول أقطار المضيق العلوي للحوض ، ولذلك
يشغله الرأس في أثناء مروره من المضيق العلوي .
أما في تجويف الحوض وفي المضيق السفلي فالقطر
المنحرف ليس أطول من الأقطار الأخرى .
ولذلك فلا يوجد في شكلهما ما يضطر الرأس
للبقاء في القطر المنحرف . حتى تخلص من المضيق
العلوي . ولما كانت أشد مقاومة يصادفها الرأس

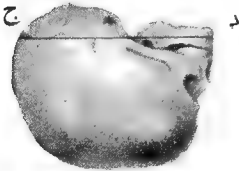
في ولادته آتية من الأنسجة العضلية والليفية التي تكون أرضية الحوض ،
وعلى الأخص ما يدخل منها في تكوين الجزء الخلفي (لأن الجزء المقدم
ينجذب إلى الأعلى باتجاه العنق) ، ولما كان الجزء الخلفي لأرضية الحوض
يتصل بالحوض من وراء والجانبين ، في حين أن الجزء الذي في الأمام
والوسط يكون مفتوحاً ، فيترتب على ذلك أن جزء الرأس الأكثر اتجاهها
إلى أسفل يصادف مقاومة أقل في الجزء المقدم للحوض ولذلك فهو يتجه
إلى الأمام بمجرد وصوله إلى أرضية الحوض . ولما كانت الحدة المؤخرية

هى الأكثر اتجاهًا الى أسفل، فهي تنبج الى الأمام تحت قوس العانة والجهة تنبج الى الوراء نحو تقعر العجز . وتسمى هذه الحركة بالدوران الداخلى .



(شكل ١٠١)

قارن طول الخط أ ب هنا بالخط ج د و شكل ١٠٢ يتضح لك كيف يقصر القطر المنعشر بانثناء الرأس .



(شكل ١٠٢)

القطر الذى يشغل الحوض اذا لم يكن الرأس منتفيا تمام الانثناء .



(شكل ٩٩)

يوضح سهولة دخول البيضة فى كأس اذا دخلت بأصغر أقطارها



(شكل ١٠٠)

يوضح استحالة دخول البيضة اذا لم تدخل بأصغر أقطارها (ارنث)

الانقباض — قد ذكرنا أن

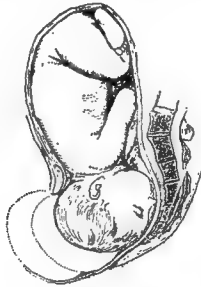
أعظم مقاومة يعاها الجنين هى فى الجزء الخلفى لأرضية الحوض ، فى حين أنه لا توجد مقاومة تذكر فى الجزء المقدم . ولذلك فإن الرأس بعد

ارتكاز الحذبة المؤخرية تحت القوس العانى يأخذ فى التحرك الى الأمام ، فينبسط شيئًا فشيئًا ويتعد الذقن عن القص ، ويظهر الوجه من العجان بالتدرج . وبما يساعد على انقباض الرأس انقباض العضلة الرافعة للشرح ، فإن هذه العضلة موضوعة بحيث تكون جزءًا من أرضية الحوض ومن

الجدر الجانبية والخلفية للمهبل . وعند عدم انقباضها يكون سطحها مقعراً وتكون الجبهة مرتكزةً عليه ، ولكنها متى انقبضت ينسط سطحها فيدفع الجبهة الى الأمام .

(٥) الدوران الخارجى - تتألف هذه الحركة من جزئين : -

(١) الانمدال ، و (٢) الدوران الخارجى . ولفهم هذه الحركة جيداً نلزم ملاحظة علاقة الكتفين بالرأس . فانه حين يكون القطر المؤخرى الجبهى شاغلاً للقطر المنحرف اليمى يكون القطر الأخرى الأخرى (الكتفى الكتفى) شاغلاً للقطر المنحرف اليسارى . وقد ذكرنا قبلاً أنه عند ما يدخل



(شكل ١٠٣) حركة الانبساط للمهبل بالقمة .

الرأس فى تجويف الحوض تدور الحدة المؤخرية الى الأمام ويصير القطر تحت المؤخرى القمى شاغلاً للقطر المقدم الخلفى . ولكن الكتفين تبقيان حيث هما شاغلتيْن للقطر المنحرف اليسارى ، فينشأ من ذلك أن ذقن الجنين بدلاً من أن يكون أمام القص يصير متجهاً نحو الكتف اليسرى . ولكن بمجرد ولادة الرأس وزوال مقاومة أرضية المجان له ينمدل وضعه بحيث

تصير علاقته بالكتفين طبيعية : أعنى أنه بدلاً من أن يكون متجهاً نحو تقدير العجز مباشرة يتجه الى الوراء واليمين . وتسمى هذه الحركة بحركة الانعكاس . ثم انه متى ولد الرأس ونزلت الكتفان في الحوض تصادفان نفس المقاومة التي صادفها الرأس فتدور الكتف المقدمة الى الامام وترتكز تحت قوس العانة كما فعل الرأس ، فيترب على ذلك أن الرأس يدور أيضاً فيتحجه الوجه نحو الفخذ الأيمن للأُم والحلبة المؤخرية نحو الفخذ الأيسر . وتسمى هذه الحركة بالدوران الخارجى . ثم يتلو ذلك انقذاف الكتفين ، فاذا كان العجان سليماً تولد الكتف المقدمة أولاً ، وان كان متمزقاً تظهر الخلفية أولاً وتتلوه المقدمة .

الوضع الثانى - في هذا الوضع ينحسر الرأس وقطره تحت المؤخرى القمى شاغلٌ للقطر المنحرف الأيسر . والفرق الوحيد بينه وبين الأول هو أن الحلبة المؤخرية بدلاً من أن تكون متجهة الى اليسار تكون متجهة الى اليمين . وميكانيكية الولادة واحدة في الاثنين اذا أبدلنا اليمين باليسار . فالحلبة المؤخرية حينما تصادف مقاومة العجان تدور الى اليسار لكي تصل الى القوس العائى بدلاً من أن تدور الى اليمين كما تفعل في الوضع الأول . والكتفان تنحسران في الحوض شاغلتي للقطر المنحرف الأيمن بدلاً من الأيسر . والكتف المقدمة تدور الى اليمين بدلاً من أن تدور الى اليسار لكي تصل الى الخط المتوسط . ومتى تخلص الرأس يتجه المؤخر الى الفخذ الأيمن للأُم والوجه الى الفخذ الأيسر . وهذه الفروق ليست بذات أهمية في الولادة .

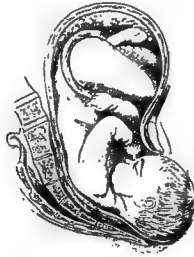
الوضع المؤخرية الخلفية - يوجد فرق كبير في ميكانيكية الولادة بين الوضعين السابقين والوضع الثالث والرابع ، فان الحلبة المؤخرية تكون فيهما متجهة الى الوراء بدلاً من الامام . ولذلك نرى أن الولادة فيهما تكون (٢٩)

في الغالب أطول وأعسر منها في الوضعين الأولين . وذلك لسببين : الأول أن رأس الجنين وحوض الأم مُشكَّلان بكيفية تمنع الرأس من أن ينثنى الانثناء اللازم إذا كانت الحدة المؤخرية متجهة الى خلف . ويتضح لك ذلك جلياً إذا أخذت جمجمة جنين ووضعتها في حوض . فاذا وضعتها في الوضع الأول تجد أن القطر الجدارى الجدارى يكون شاغلاً بانضبط للقطر المنحرف اليسارى حيث يجد متسماً كبيراً يكفى لدخوله في الحوض . ثم إذا غيرت هذا الوضع الى الوضع الثالث ، فينما يكون القطر تحت المؤخرى القمى شاغلاً للقطر المنحرف اليميني كما هو الحال في الوضع الأول ، تجد أن القطر الجدارى الجدارى لا يكون شاغلاً للقطر المنحرف اليسارى ، بل يكون خلفه حيث لا تكاد توجد مسافة تكفى لدخوله في الحوض . لذلك ترى المؤخر لا ينحسر في الحوض في الوضع الثالث بالسهولة التى ينحسر بها في الوضع الأول . والسبب الثانى هو أن المسافة التى ينبغى للمؤخر أن يدورها وهو في الوضع الأول والثانى قصيرة جداً لا تتجاوز $\frac{1}{8}$ محيط الدائرة ، أما في الوضع الثالث والرابع فهى طويلة جداً إذ تبلغ $\frac{3}{8}$ محيط الدائرة .

الوضع الثالث — في هذا الوضع يجد المؤخر صعوبة في الانحسار وتعطل حركة الانثناء ، ولكنها تحدث أخيراً . والحركات التى يفعلها الرأس في الوضع الثالث هى نفس الحركات التى يفعلها في الوضع الثانى ، انما تكون حركة الدوران الداخلى أطول بثلاث مرات منها في الوضع الثانى .

الوضع الرابع — في هذا الوضع تكون الحدة المؤخرية متجهة الى الوراء واليسار ، والجهة الى الأمام واليمين . وميكانيكية الولادة مثلها في الوضع الأول انما حركة الدوران الداخلى في الوضع الرابع تكون أطول بثلاث مرات منها في الوضع الأول .

بقاء المؤخر منبها الى الوراء - في بعض الأحوال التي يصادف فيها المؤخر مقاومة شديدة في الانحشار لا ينتشئ الرأس انثناء تاماً ، فينحشر ويكون قطره المؤخرى الجبهي شاغلاً للقطر المنحرف . ولما كان طول هذا القطر ١١,٥ سنتيمتراً فالانحشار يكون صعباً جداً فتطول مدة الولادة . وحينما يدخل الرأس في الحوض لا يكون المؤخر اكبر الأجزاء اتجاهاً الى أسفل كما يحدث اذا كان الرأس منتصباً تماماً بل تكون الجبهة اكثر انحداراً من المؤخر . وتبعاً



(شكل ١٠٤) حركة الانثناء في بقاء المؤخر متجها الى الوراء .

للقانون القائل أن الجزء الذي يلامس أرضية الحوض أولاً هو الجزء الذي يدور الى الأمام ، تدور الجبهة الى الأمام والحدبة المؤخرية تتجه نحو تقعر العجز . ثم تركز الجبهة على الارتفاق العاني ويولد الرأس بحركة انثناء بدلاً من حركة الانبساط . وكيفية حصول ذلك هي أن الانقباضات الرحمية تدفع العمود الفقري للجنين الى أسفل فينتقل الضغط الى الحدبة المؤخرية فتدور تحت القوس العاني في حين أن تكون الجبهة مركزة على الارتفاق العاني . واكبر قطر يمر في الحوض في هذه الحالة هو المؤخرى الجبهي ، وطوله ١١,٥ سنتيمتراً ولذلك توجد صعوبة كبيرة في مروره . أنظر (شكل ١٠٤ و ١٠٥) .

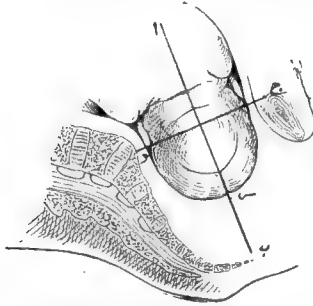
زد على ذلك أن مرور الرأس من العجان وهو بهذه الكيفية يجعله يتدد كثيراً حتى أنه يتمزق في أغلب الأحوال التي يولد فيها الرأس وهو في هذا الوضع . ومتى ولد المؤخر يرتكز القفا على العجان وينزلق الأنف والفم والذقن من تحت القوس العاني .



(شكل ١٠٥) يوضح كيفية تخليص الرأس في المجيء بالقفة
الوضع الرابع اذا لم يدر المؤخر للامام وتركزت الحالة قاطبة (جلايين) .

الانحسار غير المتزامن — قد مر بنا القول أن الرأس ينحسر في الحوض وحدثناه الجداريتان على استواء واحد (انظر شكل ١٠٦) . ولكن قد يحدث في بعض الأحيان أن ينحسر أحد العظمين الجداريين قبل الآخر ، وهذا ما يسمى بالانحسار غير المتزامن . فاذا انحسر العظم الجداري المقدم أولاً ينحرف الرأس نحو الزاوية المعجزية القطنية ويسمى ذلك بعدم التزامن المقدم . أما اذا انحسر العظم الجداري الخلفي أولاً فالرأس ينحرف نحو العانة ويسمى ذلك بعدم التزامن الخلفي .

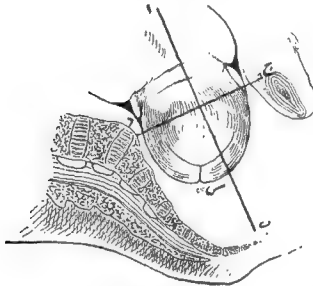
عدم التزامه المقدم - عدم التزام المقدم ويسمى أيضاً انحراف
نجليه (أنظر شكل ١٠٧) هو الانحشار الذى يكون فيه الرأس منحرفاً نحو
أحد الكتفين بحيث يكون التدريز السهمى أكثر اقتراباً من الزاوية المعجزية



(شكل ١٠٦) الانحشار التزام . لاحظ ان الخط ا ب يقسم الخط ج د الى قسمين
متساويين ماراً أيضاً بالتدريز السهمى المشار إليه بحرف س .

القطنية ، والعظم الجدارى المقدم أكثر من الخلقى اتجاهها الى أسفل ، وهو
يحصل عادة فى الحوض المفرطح أو الضيق فى جميع أقطاره . وكيفية حصوله
هى أن العظم الجدارى الخلقى يصادف مقاومة عظيمة من ازدياد بروز الزاوية
المعجزية القطنية ، فينحشر العظم المقدم قبله . وكلما ازداد ضيق القطر المقدم
الخلقى للحوض ازداد انحراف الرأس الى خلف وابتعد التدريز السهمى من
الزاوية المعجزية القطنية ، حتى أنه اذا كان الضيق شديداً ربما ارتفع التدريز
السهمى الى أعلى الزاوية المعجزية القطنية وظهرت الأذن من الفوهة الظاهرة .
وعدم التزام المقدم لا يحدث فى أحوال ضيق الحوض فقط ، بل يحدث
أيضاً اذا كانت جدر البطن مرتخية ، فان ميل الرحم الى الامام يجعل العظم

الجدارى المقدم أوطأ من الخلفى . فتى ابتداء الرأس فى الانحشار يصادف
العظم الجدارى الخلفى مقاومة من الزاوية المعجزية القطنية فيدور الرأس على
قطره المقدم الخلفى بحيث ينحشر العظم الجدارى المقدم ويقترب التدريز
السهى من الزاوية المعجزية القطنية . فاذا لم يكن ضيق الحوض شديداً يرتكز
العظم الجدارى المقدم خلف ارتفاع العانة ، ويصير كمنطقة ارتكاز يدور
حولها الرأس فينحشر العظم الجدارى الخلفى .

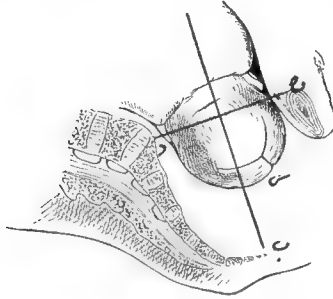


(شكل ١٠٧)

عدم التزامن المقدم . لاحظ كيف أن التدريز السهى المشار اليه بحرف س أكثر
اقتراباً للزاوية المعجزية القطنية منه الى العانة .

عدم التزامن الخلفى — ويسمى أيضاً بانحراف نبجلىه المنعكس (أنظر
شكل ١٠٨) . هو الانحشار الذى يكون فيه التدريز السهى أكثر اقتراباً
الى العانة منه الى الزاوية المعجزية القطنية ، ويكون فيه العظم الجدارى الخلفى
أوطأ من المقدم . وهو يحدث من ازدياد مقاومة العظم العانى للعظم الجدارى
المقدم ، ومن انحراف وضع الجنين فى الرحم الى أحد الجانبين كما يحدث
فى الأحوال التى توجد فيها أورام فى الجدار الخلفى للرحم ، أو من سقوط

يد أسفل الرأس . وفي الأحوال النادرة التي يحصل فيها انحناء الرأس وهو في هذا الوضع يحصل أحد أمرين . إما أنه من قوة الطلق يندفع العظم



(شكل ١٠٨)

عدم التوازن الخلفي . لاحظ كيف أن التدوير يسمى المشار اليه بحرف س
أكثر اقتراباً الى العانة منه الى الزاوية العجزية القطنية .

الجدارى المقدم الى أسفل فيرتفع الخلفى الى أعلى ويتحول عدم التوازن الخلفى الى عدم توازن مقدم ، أو أن العظم الجدارى الخلفى يرتكز على الزاوية العجزية القطنية ، ويصير كنقطة ارتكاز يدور الرأس حولها . ولا يمكن حصول ذلك إلا اذا كان الرأس صغيراً جداً ولينا بحيث يسهل تكييفه .

✧ الأوضاع المؤخرية الخلفية للرأس ✧

الوضعان المؤخريان هما الوضع الثالث والرابع وفيهما تكون الخدبة المؤخرية متجهة الى الوراء . وهما أقل حصولاً من الأوضاع المؤخرية المقدمة ، والنسبة بينهما هي واحد للخلفية و٣ للمقدمة .

الميكانيكية — تختلف الميكانيكية في الأوضاع الخلفية عنها في الأوضاع

المقدمة في أمرين : — (١) ان انثناء الرأس لا يكون تاماً في أغلب الأحوال، وذلك لسببين : (الأول) أن تقوس فقرات الأم القطنية للأمام يمنع ظهر الطفل من التقوس فينشأ عن ذلك أن الرأس لا ينثنى تماماً . (والثاني) المقاومة التي يصادفها مؤخر الرأس من جدر الحوض ، وذلك لأن المؤخر يكون شاغلاً لأصغر جزء من المضيق العلوى ، وهو الجزء الواقع بين الزاوية المعجزة القطنية والارتفاع العانى ، في حين أن الجبهة تكون شاغلة لأوسع أجزاء المضيق العلوى وقد سبق الكلام على ذلك في صفحة ٢٢٥ .

(٢) أن حركة الدوران الداخلى قد تطراً عليها المضاعفات الآتية : —
(أ) قد تتعطل كثيراً لان الحدة المؤخرية لا تصل الى العانة حتى تكون عبرت $\frac{3}{8}$ محيط المضيق العلوى ، أى ٣ أضعاف المسافة التى تلزم لوصولها اذا كان الوضع مقدماً .

(ب) وقد لا تتم بالمرة .

(ج) وقد يدور المؤخر الى خلف .

فاذا كان الطلق قوياً ، والانثناء تاماً ، والحوض والرأس طبيعيين فان المؤخر يدور الى الامام بسهولة . أما اذا كان الطلق ضعيفاً ، والانثناء ناقصاً ، أو كان الرأس كبيراً أو صغيراً فان الدوران للأمام لا يتم أو قد يدور المؤخر الى الوراء . وفى كلتا الحالتين تتعسر الولادة عسراً شديداً ، فاذا تمت تمر القمة أولاً من تحت العانة ثم يتمدد العجان وينزلق المؤخر من فوقه . وأخيراً يمر الوجه من القوس العانى وتم ولادة الرأس بحركة انبساط . وفى أغلب الاحوال يتمزق العجان لسببين : — (الاول) أن القطر الذى يمدده هو المؤخرى الجبهي وطوله ١١،٥ بدل تحت المؤخرى القمي في الاوضاع المقدمة . و (الثاني) أن الجزء الخلفى للرأس أعرض بكثير من الجزء المقدم .

التشخيص والميزج - سبق الكلام عن التشخيص، ولكننا سنشير فقط الى بعض علامات تظهر بالفحص الخارجى تساعد على ادراك الأوضاع الخلفية: (أولاً) يلاحظ في الوالدات النحيفات أن البطن يكون مفرطحاً أكثر من العادة وقليل الانتظام اذا كان الوجع خلفياً. أما في الأوضاع المقدمة فيكون محدباً ومنظماً. (ثانياً) انه في الأوضاع الخلفية يسهل الاحساس بأطراف الجنين بسهولة كبيرة، ويلاحظ بأنها ليست على أحد جانبي الخط المتوسط فقط بل على جانبيه معاً. (ثالثاً) أن جزء الرأس المرىض غير المنتظم المكوّن من الجهة يكون متجهاً للأمام. (رابعاً) صعوبة الاحساس بالظهر. (خامساً) ان ضربات قلب الجنين في الوضع الأول والثاني تسمع بأكثر وضوح على منتصف الخط الذى يصل بين السرة والحذبة المقدمة العلوية للحرقفة. أما في الثالث والرابع فتسمع بأكثر وضوح في جهة أكثر ارتفاعاً وأكثر اتجاهاً للوحشية منها في الوضع الأول والثاني.

أما سير الولادة فالفالب أن يكون طويلاً جداً في الدور الأول والثاني والطلق يكون شديداً ومتواتراً، ويكثر الانفجار المَعَجَل للجبب. أما انحشار الرأس فيبطؤ للأسباب التى سبق ذكرها. وفي الدور الثانى تشتد الآلام ويتواتر الطلق حتى يكاد يكون مستمراً، ولكن التقدم يكون تقريباً منعهداً. فاذا أجريننا جسماً مهلياً نجد أن اليافوخ المقدم أقرب ما تجس به الأصابع الباحثة، ويكون متجهاً الى أحد جانبي الحوض من الأمام.

والباحث المدقق يلاحظ أن الجزء الآتى به الجنين أكثر فرطحة من الجزء المؤخرى للرأس، وأنه بدلاً من أن يكون مستديراً مثله يكون ذا شكل رباعى غير منتظم. أما اذا دار الرأس الى الأمام فيلاحظ بأن الوصول الى

اليافوخ المقدم لم يعد سهلاً، ويتغير شكل الجزء الآتى به الجنين بسبب انثناء الرأس ودورانه الى الأمام .

المعالجة — اذا شُخِّص الوضع المؤخر الخلفى فى الأسابيع الأخيرة للحمل أو فى أول الولادة يُحاول تغييره بالحركات البطنية الخارجية ، ويكون ذلك بتعيين موقع بالمقعدة والكتف المقعدة، ومحاولة تدوير الجسم الى الأمام بدفع الكتف المقعدة الى الجهة المقابلة . وهذه الحركة سهلة العمل . عند المتكررة بخلافها عند البكرية بسبب انحشار الرأس عند الأخيرة فى الأسابيع الأخيرة للحمل . فاذا أمكن دفع الكتف الى الجهة المقابلة تطوى محزمة (فوطه) بحلة طيأت وتوضع على جانب الرحم، وتثبت بحزام بطنى لمنع الجسم من الرجوع الى الجهة التى كان فيها .

المضاعفات — (١) اذا لم يدر الرأس الى الأمام ولم ينحشر فى الحوض وكانت الأغشية متمزقة والعنق ممتدداً ، فالغالب أن سبب عدم الانحشار عدم انثناء الرأس تماماً أو نخود الرحم أى ضعف الطلق . فى هذه الحالة تختلف المعالجة بحسب ما اذا كانت الولادة بكرية أو متكررة . فان كانت متكررة وسبق أن ولدت ولادات سهلة يعمل التحويل القدمى أو يدار الرأس الى الأمام ثم يوضع الجفت . أما اذا وضع الجفت والرأس لم يدر الى الأمام فالغالب أنه ينزلق . ولإدارة الرأس الى الأمام تدخل اليد كلها فى المهبل ويدفع الرأس الى الأعلى، ثم يُمسك ويدار الى الأمام، فان لم يدر تُدفع اليد الى أن تصل للكتف المقعدة ثم يدار الجذع الى الأمام مع الرأس .

أما اذا كانت الولادة بكرية فان ضيق المهبل يحمل الولادة بالمقعدة شديدة الخطر على الجنين، فلا مناص من ادارة المؤخر الى الأمام ثم بوضع الجفت . (٢) اذا كان الرأس منحسراً ولم يدر الى الأمام نحاول إدارته الى الأمام،

وذلك بأن يُضَنَّق على الجبهة بأصبعين في وقت الطلق حتى أنه يرتفع الجبهة يهبط المؤخر ويصير أكثر من الجبهة اتجاهاً الى أسفل فيساعد ذلك أيضاً على دورانه الى الأمام . وبعض المؤلفين ينصح بإدخال اليد كلها في المهبل وامساك الرأس وتدوير المؤخر الى الأمام . ولكن يستحيل عمل ذلك اذا كان الرأس منحسراً . فاذا لم تمكن ادارة المؤخر الى الأمام يوضع جفت الجذب المحورى ويحذب جذباً مستمراً فيساعد ذلك على دوران الرأس . فاذا لوحظ بأن الرأس دار تماماً يُرْفَع الجفت ويعاد وضعه بالثاني . أما اذا لم يدر الرأس الى الأمام وتمت الولادة والوجه متجه نحو العانة ، فالغالب أن يحدث تمزق بالغ في العجان قد يصل الى المستقيم اذا كانت الولادة بكرية .

أما في الأحوال التي يوجد فيها عدم تزامن الانحشار ، فالواجب أن يُنَحَّث عن سبب عدم التزامن ، فاذا كان السبب ضيقاً في الحوض فالعلاجة تكون على حسب درجة الضيق . أما اذا كان عدم التزامن مقدماً والحوض طبيعياً وكان سبب عدم التزامن سقوط الرحم الى الأمام ، فالواجب أن تؤمر الولادة بلبس حزام بطنى لأن ذلك يساعد على جعل محور الرحم مناسباً لمحور المضيق العلوى . ووجود الدرجات الصغيرة من عدم التزامن للمقدم تساعد على سهولة مرور الرأس في الحوض الذى يكون ضيقاً في القطر المقدم الخلفى . أما عدم التزامن الخلفى فضر على كل حال ويلزم اصلاحه في الحال بالحركات المهبيلة والبطنية المزدوجة . فان لم يفد ذلك فالواجب اجراء عملية التحويل القدى .

تكييف الرأس — بسبب انضغاط الرأس أثناء مروره في الحوض تقصر بعض أقطاره ويطول البعض الآخر فالأقطار التي تقصر هي : — المؤخري

الجبهي، وتحت المؤخرى القمى، والصدغى الصدغى، والجدارى الجدارى .
والقطر الذى يطول هو : — فوق المؤخرى الذقنى .

الحربة المصلية الرسوبية - تتكوّن أولاً بالقرب من التدريز الجبهي
الجدارى فوق أحد العظمين الجداريين حسب وضع الجنين ، ومتى انحسر
الرأس يتغير وضعها بحيث يصبح قريباً من اليافوخ الخلفى .

✽ المجيء بالوجه ✽

ولو أن المجيء بالوجه يعتبر مجيئاً معيماً ، لكنه كثيراً ما ينتهى الولادة
فيه طبيعياً بدون مساعدة . وهو شديد الشبه بالمجيء بالقمة ، انما يختلف
عنه فى الأمور الآتية : — فى المجيء بالوجه بدلاً من أن يكون الرأس منتظماً
على القوس يكون منبسطاً بحيث يقترب المؤخر من الظهر ، وتصبح الجبهة
والوجه أكثر أجزاء الرأس اتجاهاً الى أسفل . فينشأ عن ذلك أن الصدر
يندفع الى الأمام فيلاصق جدر الرحم ويتعد الظهر عنها (انظر شكل ٩٧)
والمجيء بالوجه نادر الحدوث اذ يحدث مرة فى كل ٢٥٠ ولادة .

والمجيء بالوجه مجيء ثانوى وليس مجيئاً أصلياً . ومعنى ذلك أن الجنين
قبل دنو المخاض لا يكون رأسه منبسطاً أى لا يكون وجهه الى أسفل ، ولكن
متى ابتدأ الطلق وأخذ الرأس فى الانحسار ، فقد ينسبط اذا طرأ عليه سبب
من الأسباب التى ستذكر فيما بعد ويصير المجيء وقتئذ بالوجه . ولا يحصل
الانبساط قبل المخاض الا اذا كان الجنين مشوه الخلقة أو وجد فى عنقه ورم
يمنع انثناء الرأس .

أسباب — قد سبق القول أنه قبل تمزق جيب المياه يكون ضغط

السائل الأمنيوسي متساوياً على كل أجزاء السطح الباطن للرحم . ولكنه متى تمزق جيب المياء ، فتى حدث الطلق تنقبض جدر الرحم على الجنين فيضغط على أكثر أجزائه بروزاً . وهذا الضغط يساعد على تقويم الظهر وجعل المسافة بين المقعدة والجزء الآتى به الجنين أطول مما كانت ، فتى ضغط القاع على المقعدة ينتقل الضغط الى الجزء الآتى به الجنين . فاذا اتفق أن المفصل الذى بين الرأس والعمود الفقرى كان أقرب الى المؤخر منه الى الجبهة فالرأس ينثنى ويصير المجرى بالقمة . أما اذا كان المفصل أقرب الى الجبهة منه الى المؤخر فالرأس ينبسط ويصير المجرى بالوجه (أنظر شكل ١٠٩) ومن هذا يتضح لنا أن المجرى بالوجه ثانوى يحدث بعد انفجار الجيب ولا يكون موجوداً مدة الحمل . أما أسباب المجرى بالوجه فهي :



(شكل ١٠٩)
يوضح كيفية حدوث
المجرى بالوجه . أ ب يشير
الى الخط الذى يسير عليه
ضغط الانقباضات الرحمية .
ج د القطر الذى الجيب .

(١) كل ما يمنع انثناء الرأس ، مثل - أورام العنق ، والجواتر ، والاستسقاء الصدرى .

(٧) كل الأسباب التى توقف المؤخر ، بينما تسمح للجبهة بالانحناء ، مثل - انحراف وضع الرحم الى أحد الجانبين ، وضيق الحوض ، ووجود أورام فى المضيق العلوى . ففى انحراف وضع الرحم مثلاً ، بدلاً من أن يندفع الرأس فى تجويف الحوض ، يندفع الى الجهة المقابلة للجهة المنحرف اليها الرحم ، فينتج من ذلك أن المؤخر يقف ، والذقن يُساعد على الانحناء .

(٣) تشوهات رأس الجنين خصوصاً ما يسبب استطالة الجزء المؤخرى

الرأس . ولا يجوز خلط ذلك بما يشاهد دائماً في تشكيل رؤس الأجنة المولودة بوجهها من استطالة الجزء المؤخرى ، فهذا نتيجة الجعى بالوجه لا سببه .

التفتيش - الجس البطنى - انه بالنسبة لازدياد انبساط الرأس واندفاع الصدر على جدر الرحم يسهل الاحساس بأطراف الجنين، ويصعب الاحساس بالظهر اذا كان الظهر متجهاً للوراء . وكذلك لو كان الظهر متجهاً الى الأمام فان انبساط الرأس يحمل الاحساس بالظهر صعباً . وبالقبضة الحوضية يمكننا الاحساس (اذا لم يكن الوجه قد انحسر) بورم شبيه بحافر الحيوان على الجهة التى فيها الأطراف ، وهذا الورم هو الذقن . وفى الجهة المقابلة للذقن نجد الحوض مملوءاً بورم كبير ينفصل عن الظهر بميزاب عميق وهذا الورم هو المؤخر . ونجد أيضاً أن المؤخر أكثر ارتفاعاً من الذقن (انظر شكل ١٠٩) . وأما اذا كان الوجه منحسراً وأجرينا القبضة الرابعة الحوضية فالتنا نجد أصابع اليد التى فى جهة الأطراف تدخل الحوض بسهولة أكثر من أصابع اليد الأخرى التى يمتلئها بروز المؤخر عن أن تدخل الحوض بسهولة . واتجاه الظهر ان كان الى الأمام أو الى الورا أو الى اليمين أو الى اليسار يدلنا على وضع الجنين .

الجس المهبلى - فى أول الولادة يصعب الوصول الى الجزء الآتى به الجنين لأن الوجه يتأخر فى الانحسار . واذا كان جيب المياه لم يتمزق بعد ، نجد شكله قعياً كما هو الحال فى كل جعى مغيب .

وليس من السهل تمييز الوجه عن المقعدة اذا انحسر الوجه ، لأنه من طول مدة الولادة يتورم الوجه تورماً كبيراً يجعله شديد الشبه بالمقعدة . والنقطة المميزة للوجه هى الحاجزان الفوق الحجاجيين ، والعظمان الوجنيان ، والفهم

الذى يتميز عن الشرج بوجود الحاجز السنخى واللسان . فإذا لم يسهل تمييز الوجه بعد ذلك يدفع أصبع الى الأعلى بين الجزء المنحشر وجدر الحوض فى المجبىء بالوجه يحس بالأذن ، وفى المجبىء بالمقعدة يحس بثنية الأربية . وفى فحص الوجه يلزم الاحتراس من اصابة العين بأذى . ومن الموافق ألا يُدخل الأصبع فى فم الجنين خوفاً من تنبيه التنفس وانسداد المسالك الهوائية من دخول السائل الأمينوسى والمخاط .

أما تشخيص الوضع فيتم بملاحظة علاقة أجزاء الوجه بالحوض وعلاقة بعضها ببعض .

التسمع — بالتسمع تسمع ضربات قلب الجنين أكثر وضوحاً فى جهة أعلى مما تسمع فيها فى المجبىء بالقمة . وفى الأحوال التى يكون فيها الذقن متجهاً الى الأمام تسمع واضحة تمام الموضوع جهة الصدر لاندفاعه على الجدار المقدم للرحم ، (انظر شكل ٩٧) أما فى المجبىء بالقمة وبالمقعدة فهى تسمع أكثر وضوحاً على الجهة التى بها الظهر لأنه يكون ملاصقاً للجدار المقدم للرحم .

أوضاع المجبىء بالرحم — يتميز للمجبىء بالوجه أربعة أوضاع هى ذات أوضاع المجبىء بالقمة . انما بالنسبة لانبساط الرأس يكون الذقن أكثر الأجزاء اتجاهها الى أسفل ولذلك فالمجبىء يسمى باسمه . وفى الوضع الأول الذى يكون فيه الظهر متجهاً الى الأمام واليسار ، يكون الذقن متجهاً الى اليمين والوراء ويسمى الوضع « ذقنياً حرقفياً يمينياً خلفياً » ، وفى الوضع الثانى الذى يكون فيه الظهر متجهاً الى الأمام واليمين يكون الذقن متجهاً الى اليسار والوراء ، ويسمى الوضع « ذقنياً حرقفياً يسارياً خلفياً » . وفى الوضع الثالث الذى يكون فيه الظهر متجهاً الى اليمين والوراء ، يكون الذقن متجهاً الى

الأمام واليسار، ويسمى الوضع « ذقنياً حرقفياً يسارياً مقدماً ». وفي الوضع الرابع الذى يكون فيه الظهر الى اليسار والوراء، يكون الذقن متجهماً الى الأمام واليمين، ويسمى الوضع « ذقنياً حرقفياً يمينياً مقدماً ».

ميكانيكة الولادة - تختلف صعوبة الولادة فى الأوضاع المختلفة للمجىء، بالوجه بحسب اتجاه الذقن الى الأمام أو الوراء. فالأوضاع التى يكون فيها الذقن متجهماً الى الأمام تكون أسهل بكثير من التى يكون فيها الذقن متجهماً الى الوراء. أما ميكانيكة الولادة فى الأوضاع جميعها فشديدة الشبه بميكانيكة الولادة فى المجىء بالقمة انما يبدل الانثناء بالانبساط، والانبساط بالانثناء، والمؤخر بالذقن. والأفطار التى تشغل الحوض هى القصبى القمى وطوله ٩,٥ سنتيمترات، والجدارى الجدارى، وطوله ٩,٥ سنتيمترات أيضاً. ولكن القطر القصبى القمى، وان كان لا يزيد فى الطول عن القطر تحت المؤخرى القمى، لكنه أقل منه قابلية للتصغير. أما حركات الرأس فى أثناء مرورها فى الحوض فهى : -

(١) و (٢) الانحشار، والانبساط.

(٣) الدوران الداخلى.

(٤) الانثناء.

(٥) الانعزال والدوران الخارجى.

(١) و (٢) الانحشار والانبساط - ينحشر الوجه وقطره القصبى القمى شاغل للقطر المستعرض أو المنحرف. وكلما تقدم الانحشار انبسط الرأس حتى يوشك المؤخر أن يلامس ظهر الجنين (أنظر شكل ١١٠).

(٣) الدوران الداخلى - يستمر الانحشار الى أن يلامس الوجه أرضية الحوض. ولما كان الذقن أكثر الأجزاء اتجاهها الى أسفل فهو يلامس أرضية



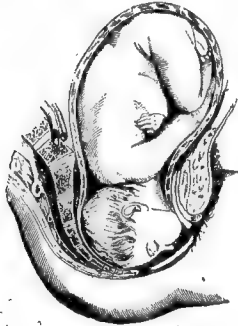
(شكل ١١٠) الحركات التي يشملها الرأس لتتخلص من الحوض في المجيء بالوجه
الوضع الاول (١) الانبساط ، (٢) الدوران الداخلي ، (٣) ابتداء الانثناء
(٤) انتهاء الانثناء ، (٥) الانمدال والدوران الخارجى . (جالابين)

الحوض أولاً ولذلك يدور الى الأمام الى أن يرتكز تحت قوس العانة (انظر
شكلي ١١٠ و ١١١) . وحركة الدوران الداخلى تكون ابطأ بكثير في المجيء
بالوجه منها في المجيء بالقمة ، حتى أنه من شدة بطئها يتورم الوجه حتى
يكاد يظهر من الفرج ولا يكون الدوران قد تقدم كثيراً .

(٤) الانتهاء - متى ارتكز الذقن تحت قوس العانة يتخلص الرأس
بحركة انثناء ، فيظهر الفم والذقن من العجان أولاً ، ثم تتلوها العينان فالجبهة
وأخيراً المؤخر (انظر شكل ١١٠) .

(٥) الدوران الخارجى - متى تحلص الرأس من ضغط الحوض ، تحصل
له حركة الانمدال لكي تصير علاقته بالككتفين طبيعية ، ومتى دارت
(٣١)

الكتفان يدور الرأس معهما مثلما يفعل في المجيء بالقمة .
الميلانكية السارة - اذا لم يتم انبساط الرأس انبساطاً تاماً ، تكون
الجهة اكثر اتجاهاً الى أسفل من الذقن فتدور الى الأمام ويتجه الذقن الى
الوراء نحو تقعر العجز . وولادة الجنين وهو في هذا الوضع تكاد تكون
مستحيلة الا اذا كان الحوض شديد الاتساع أو الرأس صغيراً جداً .



(شكل ١١١)

دوران الذقن الى الامام وارتيكازه تحت القوس العاني في المجيء بالوجه الوضع الرابع .
تشكيل الرأس - تقصر الأقطار الآتية : - القصبي القمي ، وتحت
المؤخري القمي ، وفوق المؤخري الذقني ، والصدغي الصدغي ، والجداري
الجداري - وتطول الأقطار الآتية : - المؤخري الجبهي والمؤخري ، الذقني .
الحزبة الرموية المصلية - تتكون الحدية الدموية المصلية فوق الوجه
فيتشوه تشوهاً شديداً . ولكن هذا التشوه يزول في بضعة أيام .
معالجة المجيء بالوجه - تختلف المعالجة بحسب الحالة عند ادراك كون
المجيء بالوجه . فان كان الوجه منحسراً والوالدة متكررة الولادة وجيب المياه
متمزقاً فالأفضل أن تترك الولادة للطبيعة . أما اذا لم يكن الوجه منحسراً

وكانت الولادة بكرية الولادة، أو اذا خيف من وجود عدم تناسب بين حجم الرأس وحجم الحوض، فالأفضل أن يحوّل المجهى الى مجىء الرأس. فان لم تنجح فى ذلك أو اذا كان الحبل السرى ساقط أيضاً يعمل التحويل القدى . ويجب التحقق من حجم الحوض فان كان ضيقاً يعالج بما يناسب درجة الضيق .

(١) أما الطريقة التى تستعمل لتحويل المجهىء بالوجه الى مجىءء بالقمة فتسمى طريقة شاتز . ويشترط لنجاحها ثلاثة أمور وهى : -

(أ) أن يكون جيب المياه سليماً لم يتمزق .

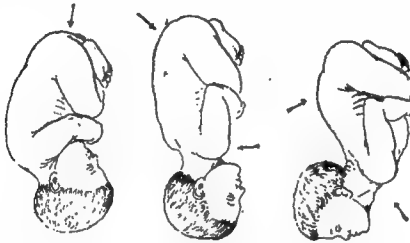
(ب) ألا يكون الوجه منحسراً فى الحوض .

(ج) أن تكون جدر البطن مرتخية .

أما طريقة عملها فهى : تُعطى الولادة مقداراً من الكلوروفورم كى ترتخي جدر بطنها ، ثم يقف المولد أو يجلس بجانبها مواجهاً لأقدامها كما يجلس عند عمل القبضة الحوضية . ثم يدس يديه حول جانبي الرأس ويرفعه من الحوض ، أو يضع يديه على الكتف المقدمة ويحبذها الى الأعلى فيرتفع الرأس معها . ثم يضع احدى يديه على صدر الجنين (والصدر يكون عادة بارزاً فى المجهىء بالوجه) ثم يدفعه فى اتجاه ظهر الجنين ، ويضع اليد الأخرى على المقعدة ويدفعها فى اتجاه الصدر . فينشأ عن ذلك ان الظهر يتقوس الى الوراء فينتشى الرأس . ثم يُصْفَط على المقعدة الى الأسفل مباشرة حتى يتم انثناء الرأس . ثم يُرَبَط البطن برباط متين فان لم ينحسر الرأس يُمزق جيب المياه حتى يساعد ذلك على انحساره .

وطريقة شاتز لا تنجح إلا فى أحوال قليلة ، وقد يحصل فى بعض الأحوال ألا ينتشى الرأس انثناء تاماً بل نصف انثناء فيتحول المجهىء بالوجه

الى مجىء اردأ منه بكثير وهو المجىء بالحاجب . فاذا حصل ذلك يُستعان بالحركات الباطنية والظاهرة في تحويله الى مجىء بالقمة . فان كانت الفوهة متمددة بحيث تقبل اصبعين فقط تُنَوِّم الولادة على السرير بالعرض ، ويدخل المولّد اليد اليمنى في المهبل اذا كان الوجه متجهاً الى اليسار ، واليسرى ان كان



(شكل ١١٢) (شكل ١١٣) (شكل ١١٤)

طريقة شاتز — الافراس تشير الى الجهة التي يدفع فيها الصدر والمقعدة .

متجهاً الى اليمين . ثم يُدْخِلُ اصبعين في الرحم ويَضْمَنْهُمَا على الفك السفلي أولاً ثم على الفك العلوي وأخيراً على الجبهة ، فيُدْفَعُ الوجه الى الأعلى وينثني الرأس . وفي الوقت نفسه يضع يده المولّد على المؤخر من الخارج ويدفعه الى أسفل لمساعدة انثنائه .

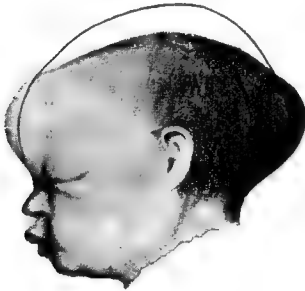
هذا اذا كانت الفوهة الظاهرة لا تسمح بقبول اليد كلها ، فان سمحت بذلك تدخل اليد ويُسَكَّتْ بها الوجه ويدفع الى الأعلى . فان لم تنجح هذه الطريقة تعاد ثانية ، ويكَلِّفُ احد المساعدين بان يدفع الصدر في اتجاه الظهر والمقعدة في اتجاه الصدر كما يُفْعَلُ في طريقة شاتز .

فان لم تنجح هذه الطريقة تُعْمَلُ الطريقة الآتية : —

ويشترط لنجاحها أن تكون الفوهة الظاهرة متمددة بحيث تقبل اليد

كلها . ولعملها يدخل المولّد اليد اليمنى فى الرحم اذا كان الوجه متجهًا الى اليمين، واليسرى ان كان متجهًا الى اليسار (عكس الطريقة السابقة) . ثم يدسّ يده بين الرأس وجدر الرحم حتى تصير أصابعه فى أعلى الحذبة المؤخرية . ثم يُمسك المؤخر ويجذبه الى الأسفل، وفى الوقت ذاته يضغط بيده الأخرى من الخارج على الصدر ويدفعه فى اتجاه الظهر .

(٢) ترك المبنى كما هو — اذا عولنا على ترك المبنى كما هو وجب ان نفهم أهل المريضة أن الولادة ستطول وأن الجنين فى خطر شديد، وانه اذا وُلِدَ حيًا يكون وجهه مشوهاً بورم يزول فى بضعة أيام .



(شكل ١١٥)

تغير شكل الرأس (التشكيل) الذى يحصل فى المبنى بالوجه .

والنقط الواجب ملاحظتها فى المبنى بالوجه هى أن تؤثر الولادة بالنوم فى الفراش، وأن يختب بقدر الامكان كل ما يمكن أن يساعد على تمزيق الأغشية وذلك لأن جيب المياه يمدد العنق أفضل من الوجه بكثير . ويجب أن تنام الوالدة على الجانب الذى يكون الذقن متجهًا اليه لان ذلك يساعد على دورانه الى الأمام . ومتى اقترب الوجه من المجان فالأفضل عمل فحص

مهبل للتأكد مما اذا كان الذقن قد دار الى الأمام أو لم يدر . فاذا وجدنا أنه لم يدر نتظر الى أن يحدث طلق ثم ندفع الجبهة الى الأعلى فيهبط الذقن الى أسفل ، فيساعد ذلك على دورانه الى الأمام . فاذا لم يدر الذقن بعد ذلك ندخل يداً في المهبل ونمسك بها الوجه ونحاول تدويره الى الأمام . وفي الوقت نفسه نضع يدينا الأخرى على الكتف المقدمة من الخارج وندفعها في نفس الاتجاه الذي نريد ادارة الوجه اليه .

فاذا لم نستطع مع كل هذا أن ندير الذقن الى الامام وساءت حالة الأم ، فالأفضل تجربة الجفت فان لم ينجح يعمل التفتيت ، لأنه من المستحيل ان يولد الجنين وهو بهذه الكيفية الا اذا كان الرأس صغيراً جداً أو الحوض شديد الاتساع ، اذ ان مروره وهو في هذا الوضع يستلزم ان يمر القطر تحت المؤخر القمي وطوله ٩,٥ سنتيمترات مع العنق وسمكه ٤ سنتيمترات ، من القطر المقدم الخلفي للجحوس وطوله ١١ سنتيمتراً . وهذا مستحيل . ووضع الجفت خطر جداً على الجنين اذا كان الذقن متجهاً الى خلف لجواز ضغطه على الحنجرة . أما اذا دار الذقن الى الامام وكان الرحم في حالة تخمد بحيث لا يستطيع أن يُحدث القوة الكافية لقذف الجنين فلا خطر من وضع الجفت .

معرضة معالج المهبلي بالوعج . (١) اذا لم يكن الرأس منحشراً وكان جيب المياه سليماً تعمل طريقة شاتز . (٢) اذا كان الوجه منحشراً والجيب مفتوحاً ، والعنق متمدداً ، وكان الذقن الى الأمام ترك الحالة للطبيعة . واذا ظهرت دلائل خطر على الأم أو الجنين يوضع الجفت . أما اذا لم يدر الذقن الى الأمام فالغالب أن ينسبط تماماً ويحدث ذلك اذا كان الطلق ضعيفاً . ففي هذه الحالة تعطى المريضة ٠,٠١٥ مورفين حقناً تحت الجلد . ومتى قامت من النوم يعود الطلق بشدة فينبسط الرأس ويدور الذقن الى الأمام . وقد تطول

الولادة من ٨ الى ١٠ ساعات بدون ضرر على الطفل . فاذا لم يدر الذفن الى الأمام يدار باليد . فان لم تتم الولادة يوضع الجفت .
الذنار — خطر جداً على الجنين اذ يموت ١٣ فى المائة من الأجنة .
أما الأمهات فالانذار لهن أخطر بقليل منه فى المجيء بالقمة .

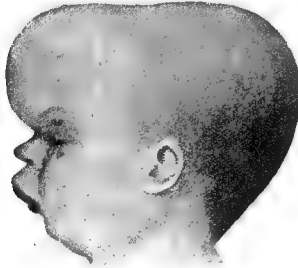
﴿ المجيء بالحاجب ﴾

المجيء بالحاجب هو المجيء الذى يكون فيه الرأس فى حالة ما بين الانثناء والانبساط . ويكون الجزء بين الحاجز الفوق الحجاجي واليافوخ المقدم اكثر أجزاء الرأس اتجاهاً الى أسفل . وهو نادر الحصول يحصل مرة واحدة فى كل ٥٠٠ ولادة . وهو مجيء ثانوى لا يحصل الا بعد ابتداء المخاض .
أسبابه — هى أسباب المجيء بالوجه نفسها .
أوضاعه — يتميز له وضعان: الأول ويكون الظهر فيه لليسار والثانى لليمين .
التشخيص — بالمجس البطنى — يحس بأن الرأس متأخر فى الانحشار وأن الذفن والحلبة المؤخرية على استواء واحد .

بالمجس المهبلى — نصادف صعوبة فى الوصول الى الرأس لأنه يتأخر فى الانحشار فى أول الولادة ، ثم نجد أن جيب المياه قعى الشكل كما هو الحال فى كل مجيء معيب . ومتى انحشر الرأس نجد على أحد جانبي الحوض اليافوخ المقدم والعظم الجبهي ، وعلى الجانب الآخر الحاجز الفوق الحجاجي وتجويف الأعين .
بالسمع — تسمع ضربات قلب الجنين على أحد جانبي الخط المتوسط بحسب اتجاه ظهر الجنين .

ميكانيكة الولادة — الأقطار التى تشغل الحوض هى فوق المؤخرى الذفنى وطوله ١٤ سنتيمترًا ، والجدارى الجدارى وطوله ٩٥ سنتيمترات . ولذلك فان

الرأس يصادف مقاومة هائلة في الانحسار، وإذا انحسر ينحسر وقطره الأكبر شاغل للقطر المستعرض. ويتم الولادة في المجيء بالحاجب باحدى أربع طرق :-



(شكل ١١٦)

التشكيل الذي يحصل للرأس في المجيء بالحاجب

(١) أن يولد الرأس كما هو إذا كان حجمه صغيراً جداً، أو كان الحوض شديد الاتساع.

(٢) أن يتحول المجيء بالحاجب الى مجيء بالقمة.

(٣) ان يتحول المجيء بالحاجب الى مجيء بالوجه.

(٤) ان ينحسر الرأس في الحوض بحيث لا يستطيع الحركة.

أما في الاحوال التي يولد فيها الرأس كما هو في دور الرأس بحيث يتجه الوجه الى الامام ثم يرتكز الفك (وليس الجبهة) خلف الارتفاق العاني ، ويولد الرأس بحركة انثناء فتظهر القبوة أولاً ويتلوها الوجه . والولادة في هذه الاحوال تكون طويلة جداً ويتشوه فيها شكل الرأس تشوهاً كبيراً .

المعالجة - لمعالجة المجيء بالحاجب ثلاث طرق وهي :

(١) ان تتم الانثناء ، ونحوه الى مجيء بالقمة .

(٢) ان يتم الانبساط ونحوه الى مجيء بالوجه .

(٣) ان نفعل التحويل القدي .

(١) اذا لم يكن الرأس منحسراً نجتهد في تحويله الى مجيء بالقمة بطريقة شاتر . فان لم نفلح نجرب الطريقة الآتية : يضع المولد يده في المهبل ويدفع الرأس الى الأعلى حتى يترك الحوض . وجهها اكثر قوته الى الجهة حتى يساعد انثناء الرأس . ثم يكلف احد المساعدين ان يدفع الصدر في اتجاه الظهر كما في طريقة شاتر . ثم يكمل الانثناء بضغط المؤخر لاسفل ، إما بالضغط عليه من جذر البطن او بدس اليد الموضوعة في المهبل اعلاه ، ثم جذبه الى اسفل . ومتى انتهينا من ذلك نحفظ الرأس في وضعه الجديد برباط بطني متين ، وبتزيق جيب المياه ان لم يكن قد تمزق قبلا .

(٢) اما اذا وجدنا الرأس منحسراً في الحوض ولم نستطع تحويله الى مجيء بالقمة ، فنجتهد في تحويله الى مجيء بالوجه . ويتم ذلك بالضغط على جانبي اليافوخ المقدم حتى يرتفع الى الأعلى فيهبط الذقن الى الأسفل .

(٣) اذا لم نفلح في عمل الطريقتين السابقتين ، نفعل التحويل القدي وسيدكر فيما بعد .

وفي الأحوال التي يترك فيها المجيء بالحاجب كما هو لصعوبة عمل التحويل ، يجب أن نلاحظ كل ماذكرناه في معالجة المجيء بالوجه . وبمساعدة دوران الوجه الى الامام تمام الولادة على الجهة التي فيها الوجه . فاذا اتضح لنا ان الجنين ميت نتقب الجمجمة إلا اذا كان الرأس على وشك التخلص .
الانذار — اشد خطراً على الأم والجنين من المجيء بالقمة .

✽ المجيء باليافوخ المقدم ✽

يطلق المجيء باليافوخ المقدم على الأحوال التي يكون فيها اليافوخ
(٣٢)

المقدم أكثر أجزاء الرأس اتجاهاً الى أسفل، ويكون الرأس في حالة متوسطة ما بين المجيء بالقمة والمجيء بالحاجب .

الأسباب - الحوض المفرطح أى الضيق في قطره المقدم الخلفي .
التشخيص - بالجلوس المهبلي نجد اليافوخ المقدم أكثر أجزاء الرأس اتجاهاً الى أسفل

مبطنية الولادة - في الحوض المفرطح ينحسر الرأس وقطره المقدم الخلفي شاغل للقطر المستعرض للمضيق العلوى . وبسبب المقاومة التى يصادفها القطر الجدارى الجدارى من القطر المقدم الخلفي ينزلق الرأس الى جانب الحوض الذى يكون مشغولاً بالمؤخر فينشأ عن ذلك شيثان : الأول ان الرأس ينسبط قليلاً فتهبط الجهة الى أسفل ويصير اليافوخ المقدم أكثر اجزاء الرأس اتجاهاً الى أسفل ، والثانى ان القطر الشاغل للقطر المقدم الخلفي للحوض يصير قطعاً أصغر من الجدارى الجدارى . وباستمرار ضغط الانقباضات الرحمية على الرأس ينحسر في الحوض بعد ان يحصل فيه عدم تزامن مقدّم .

المعالجة - مجيء الرأس باليافوخ المقدم يساعد على انحساره في الحوض المفرطح ، ولذلك تجب مساعدته بأن تؤمر الولادة أن تنام على الجهة التى فيها اليافوخ المقدم لمساعدة انحساره ، ومتى انحسرت الجهة تؤمر الولادة بأن تنام على الجهة المقابلة حتى ينحسر اليافوخ الخلفي ايضاً .

أما اذا وجدنا الرأس منحسراً واليافوخ المقدم أكثر اجزاء الرأس اتجاهاً الى أسفل فذلك دليل على ان المجيء انما هو بالقمة ولكنه بسبب عدم انثناء الرأس التام لم يدر المؤخر الى الأمام ، فنعالجه بالمعالجة المذكورة في

✽ المجيء باليا فوخ الخلفى ✽

ويطلق على الأحوال التى يكون فيها الرأس منثنياً انثناءً شديداً، بحيث يكون اليا فوخ الخلفى أكثر الاجزاء اتجاهاً الى أسفل .

اسبابه — ان وجدنا أن المجيء باليا فوخ الخلفى وكان الرأس أعلى المضيق العلوى فبدل ذلك إما على ضيق الحوض فى جميع أقطاره ، أو على أن رأس الجنين كبير الحجم جداً . أما اذا كان الرأس منحسراً فلا يدل على شيء لأنه جزء من الميكانيكية العادية للمجيء بالقمة .

التشخيص — بالجس المبهلى نجد اليا فوخ الخلفى أكثر اجزاء الرأس اتجاهاً الى أسفل .

ميكانيكية الولادة — لا تختلف عن ميكانيكية المجيء بالقمة فى شيء . أما اذا كان عدم التناسب بين أقطار الرأس وأقطار الحوض شديداً فالولادة الطبيعية مستحيلة .

المعالجة — ان كان ثمت ضيق فى الحوض يعالج على حسب درجته والآن فيترك الرأس زمناً كافياً لتصغيره بالضغط ، ويوضع الجفت متى استوفيت شروطه . فان لم تنجح فى ذلك نفعل عملية الثقب .

✽ المجيء بالمقدمة ✽

المجيء بالمقدمة يطلق على الأحوال التى يكون فيها الجنين آتياً بمقدمته على المضيق العلوى . وينقسم الى مجيء كامل ومجى ناقص . فالمجيء الكامل هو الذى تنزل فيه المقدمة مع الاقدام ، والمجيء الناقص هو الذى تنزل فيه المقدمة وحدها وتكون الأطراف السفلى منبسطة على جذع الجنين . أو تنزل ركبة أو ركبتيان معاً أولاً .

والجبيء بالمقعدة يحدث مرة في كل أربعين ولادة .

اسبابه - الجبيء بالمقعدة لا يحدث عرضياً، بل لابد لحدوثه من تغيرات في شكل الرحم أو الحوض أو الجنين، تمنع توافق اقطار الرأس مع الجزء السفلي للرحم، أعني تمنع حصول الجبيء بالرأس . وأهمها الاسباب الآتية : -

- (١) الحمل المتكرر : لانه يضعف جدر الرحم فتفقد بعض مرونتها .
- (٢) ضيق الحوض : لانه يغير شكل المضيق الملولى بحيث لا يستطيع الرأس أن يطبق عليه كالعادة، فيتغير الجبيء .



(شكل ١١٧) الجبيء بالمقعدة الوضع الاول (جلايين)

- (٣) الحمل التوأسي : لأن فيه يشتد تمدد الرحم ، فتضعف جدره ولا تستطيع ان تحدث الضغط الكافي لحفظ الجنين في وضعه الطبيعي .
- (٤) الاستسقاء الاصبوسى - لأنه يسبب ازدياد تمدد الرحم كالحمل التوأسي
- (٥) الاندغام المعيب المشيمة - لأن اندغام المشيمة على القسم السفلى للرحم يغير شكل التجويف الرحمي .

(٦) الاستسقاء الدماغى - لأنه يجعل حجم الرأس أكبر من حجم المقعدة مع الأطراف السفلى .

(٧) الوبنة غير النامة المرة - لأنها لاتتلاءم تجويف الرحم ، فلا يوجد ما يبقياها فى وضع مخصوص .

(٨) أورام الرحم وتشوهات الخلقية .

الوضوع - أنما هى كأوضاع الحجبىء بالقمة . ففى الوضوع الأول يكون الظهر متجهاً الى الأمام واليسار ، وفى الثانى الى الأمام واليمين ، وفى الثالث الى اليمين والوراء ، وفى الرابع الى اليسار والوراء . والوضوع الأول أكثرها حدوثاً .



(شكل ١١٨) الحجبىء بالمقعدة مع انبساط الساتين (جلاين)

خطر الحجبىء بالمقعدة - كان الحجبىء بالمقعدة يعتبر سابقاً حجباً حميداً ولكنه فى الحقيقة حجبىء معيب ، لأنه وان كان الخطر على الأم لايزيد فيه عن الحجبىء بالقمة ، إلا أن الخطر على الجنين أكثر بكثير ، لأنه يموت من الأجنة واحد من كل تسعة عند بكرىات الولادة وواحد من ثلاثين عند متكرراتها . وسبب ذلك أن الحبل السرى فى الحجبىء بالمقعدة

يكون معرضاً للانضغاط ما بين الرأس وجدر الحوض من جهة ، ومن جهة أخرى يتنبه تنفس الجنين قبل ولادة الرأس من تعرض جسمه للهواء البارد ، فيمتص مخاطاً وسائلاً امينوسياً فتسد المسالك الهوائية .

سير الولادة - يتعطل سير الولادة قليلاً لأن المقعدة لاتعلا القسم السفلى للرحم جيداً فيصير جيب المياه قعى الشكل وينفجر قبل الأوان، فيتأخر تمدد الفوهة الظاهرة، لان المقعدة لرخاوتها لاتستطيع أن تمدد الفوهة كما يمددها الرأس .

التشخيص - من السهل تشخيص المجيء المقعدة بالجنس البطنى فقط ، ولكن يحسن التأكد من التشخيص بالجنس المهبلى والتسمع ايضاً .
الجنس البطنى - بالقبضة القاعية نجد الرأس شاغلاً لقاع الرحم . ويتميز الرأس عن المقعدة بأنه أصلب وأكثراستدارة ، وانه يفصل عن الظهر بميزاب هو ميزاب العنق، وانه اذا حرك لايتحرك الظهر معه . وبالقبضة الحوضية يحس بالمقعدة شاغلة للمضيق العلوى . واذا كان الساقان منبسطين بجانب الجذع يحس بهما فى القاع بالقرب من الرأس فيصعب التمييز بين الرأس والمقعدة .

الجنس المهبلى - فى أول الولادة تتأخر المقعدة عن الانحشار للسبب السابق ذكره فيصعب الوصول اليها . انما نلاحظ أثناء البحث أن جيب المياه قعى الشكل وانه يبرز كثيراً فى أثناء الطلق فنعلم أن المجيء معيب . ومتى انحشرت المقعدة فبالجنس يمكن تمييزها عن الرأس لاننا لانحس عليها بتدائيز ولا يوافخ . والنقط المميزة للمقعدة هي (١) وجود ثلاث نقط عظمية عليها، موضوعة على شكل مثلث متساوى الاضلاع . وهذه النقط هي حدبنا الورك ، والمعصص . (٢) وجود الشرج . والشرج يتميز عن الفم بعدم وجود

اللسان والحاجز السنخي من جهة ، وباتقباض العضلة العاصرة الشرجية على الأصبع الباحث من جهة أخرى ، وأيضاً بتلوث الأصبع الباحث بالعق . ومن النقط المميزة أيضاً أننا لو تتبعنا العصمى الى أعلا نحس بخطوط مستعرضة هى النتؤات الشوكية للعجز .

وإذا وجدنا فى أثناء البحث احد أطراف الجنين ساقطاً فالواجب أن نعرف اذا كان مرفقاً أو ركة أو يداً أو قدماً . فالركة يسهل تمييزها عن المرفق بكون حجمها ، وبجدة القصبة والرباط الردى . والقدم تتميز عن اليد بالكعب وبأن أطراف أصابعها على خط منح ، وأيضاً ان إبهام اليد يمكن تقريبه وتبعيده بخلاف الأصبع الكبير للقدم .

النسج - بالتسمع تسمع ضربات قلب الجنين أكثر وضوحاً فى أعلى السرة بقليل وعلى احد جانبي الخط المتوسط بحسب اتجاه الظهر .

ميكانيكية الولادة - أقطار المقدمة قليلة الأهمية لان أكبرها وهو المدورى المدورى لا يزيد طوله عن ٨.٧٥ سنتيمترات وينقص كثيراً بالضغط . تنحصر المقدمة وقطرها المدورى المدورى شاغل لاحد القطرين المنحرفين . وفى أكثر الأحوال تكون الألية المقدمة أكثر اتجاهها الى أسفل من الخلفية فتلامس أرضية العجان قبلها ، ولذلك تدور الى الأمام تحت قوس العانة ثم يدور الورك الخلفى حولها ويحتاز العجان . وإذا كان العجان سليماً تولد الألية المقدمة أولاً وأب كان متمزقاً تولد الألية الخلفية قبل المقدمة ، ويتبعها بقية الجذع .

أما وضع الجنين فى الرحم فهو مثل وضعه فى الحصى بالقمة ، اعنى أن القدمين تكونان مجاورتين للمقدمة والذراعين ملاصقتين للصدر ومتصالبتين . والرأس يدخل الحوض وهو فى حالة انثناء بحيث يكون الذقن ملاصقاً

للقص . والفطر تحت المؤخرى القمى يكون شاغلاً للقطر المنحرف المقابل للقطر المنحرف الذى كان مشغولاً بالقطر المدورى المدورى . ومتى انحسر الرأس يدور المؤخر الى الأمام تحت قوس العانة، ثم يدور الوجه حوله فيظهر الذقن أولاً فالفم فالأنف فالعينان فالجبهة فالموخر . وفى بعض الأحوال غير العادية يدور المؤخر الى خاف بدلاً من دورانه الى الأمام، فتصير الولادة أفسر قليلاً .

الحمية المصلية الدموية - تتكوّن فوق الآلية المقدمة واعضاء التناسل . ولذلك يكثر فى المجرى بالمقدمة أن نجد الصفن متورماً وذالون أزرق قاتم أو أسود، وذلك لانسكاب الدم من الأوعية الشعرية فى النسيج الخلوى .

المعالجة - يُعالج المجرى بالمقدمة بأحدى طريقتين :

(١) التحويل الرأسى .

(٢) ترك المجرى كما هو .

(١) التحويل الرأسى - قد يظهر لأول وهلة بأن التحويل الرأسى أحسن معالجة للمجرى بالمقدمة . ولكننا اذا تذكرنا أن المجرى بالمقدمة لا يحصل عرضياً بل تبعاً لتغيرات فى شكل الرحم أو الحوض أو الجنين ، نعلم بأن الجنين لم يتخذ هذا الوضع الا لكونه اسلم عاقبة له وللأم . ولذلك فلا يجوز أن نُقدم على عمل التحويل الرأسى الا اذا تأكدنا بأن الانذار فيه يكون اسلم عاقبة للأم والجنين . والأحوال التى يكون فيها المجرى بالمقدمة اسلم للأم والجنين مما هى : -

(١) الضيق القليل للحوض .

(٢) الاستسقاء الدماغى .

(٣) الاندغام المعيب المشيمة .

وذلك لأنه في احوال الضيق القليل للحوض والاستسقاء الدماغى يسهل تخليص الرأس اذا تخلص الجسم قبله ، ولأن المعالجة المتبعة في الاندغام المعيب للمشيمة هي التحويل القدى حتى ولو كان المجرى بالرأس . ومتى عولنا على عمل التحويل الرأسى وجب أن ننتظر الى أن يبدأ المخاض ولكن قبل أن تنحسر المقعدة وقبل أن يتمزق جيب المياه ، ثم نعمل التحويل الرأسى من الخارج كما سيذكر فيما بعد ، ونربط البطن برباط متين لحفظ الجنين فى وضعه الجديد . ثم نمزق جيب المياه متى تمددت الفوهة الظاهرة تمدداً تاماً .

(٢) ترك المجرى كما هو - اذا عولنا على ترك المجرى كما هو وجب أن نلاحظ القانون العمومى لكل مجرى معيب ، وهو أننا نتجنب على قدر الامكان كل ما يساعد على تمزق جيب المياه . وذلك لأنه اذا تمزق جيب المياه قبل أن تتمدد الفوهة الظاهرة فلا تستطيع المقعدة أن تمدد الفوهة الظاهرة كما يمددها جيب المياه ، فتطول مدة الولادة وربما مات الجنين . ويقوم حفظ جيب المياه سليماً بمراعاة الأمور الثلاثة الآتية :

- (١) ان تؤمر الوالدة بملازمة الفراش طول مدة الدور الأول .
 - (٢) ألا يفعل لها فحص مهبلى ، خصوصاً أثناء الطلق .
 - (٣) ألا يسمح للوالدة بالحقن ما دام جيب المياه لم يتمزق .
- ثم ننتظر بعد ذلك حتى تظهر المقعدة من الفرج . وعندئذ نرفع الاقدام بمجرد نزولها حتى لا تشبك بالعجان فتمزقه .
- ولا يجوز أن نتدخل بأكثر من ذلك حتى تتم ولادة الجنين لغاية السرة . وعند ذلك ننوّم الوالدة على ظهرها بحيث ترتكز قدمها على حافة السرير بالعرض ثم نجذب عروة من الحبل السرى الى أسفل بغاية اللطف . وأهمية جذب الحبل السرى هي :

(١) اننا متى جذبنا عروة من الحبل السرى يسهل علينا بملاحظة نبضاتها ان نعرف حالة الجنين .



(شكل ١١٩) تخليص الذراع المقدم اذا انبسط (جالابين وبلاكر)

(٢) اتقاء تَمزُّق الحبل السرى في أثناء ولادة الجسم ، فقد ينضغط الحبل السرى ما بين جسم الجنين والمضيق العلوى للحوض الى حد ان يتزق من شدة الجذب عليه في أثناء ولادة الجسم .

فاذا علمنا من نبضات الحبل السرى ، أن حالة الجنين جيدة ننتظر قليلاً حتى يأتى الطلق التالى وعندئذ ينقذف باقى الجسم بدون مساعدة ويتبعه الرأس . أما اذا وجدنا أن نبضات الحبل السرى ضعيفة أو اذا تأخرت ولادة الرأس وخفنا على الجنين من الاسفكسيا فيلزمنا أن نساعد تخليص الرأس بالضغط على قاع الرحم من الخارج . فاذا لم يتخلص الرأس بهذه الكيفية فالواجب علينا أن نُمسك الجنين حذاء حوضه ثم نجذبه الى أسفل ، وفى الوقت ذاته نكأف أحد المساعدين بالضغط على قاع الرحم . ففي بعض

الأحوال يتخلص الرأس بسهولة ، ولكن في أغلب الأحوال تنبسط الذراعان أو أحدهما الى فوق وتُبقان تحليص الرأس .

تحليص الذراعين (شكل ١١٩) — عند ما تولد المقعدة تكون احدى الاليتين متجهة الى الأمام والالية الأخرى متجهة الى الوراء ، ولذلك تكون احدى الذراعين أيضاً متجهة الى الأمام والذراع الثانية الى الوراء . والأفضل في تحليص الذراعين ان نبدأ بالذراع الخلفية لأن في تعبير العجز متسماً أكثر مما خلف الارتفاق العائى . ولتحليص الذراع الخلفية يُرفع جسم الجنين الى فوق نحو بطن الأم ثم تُدس يد في المهبل وواحتها متجهة نحو ظهر الجنين . ومن الواضح ان اليد التى تُدس هى التى تقابل الجهة المتجهة



(شكل ١٢٠)

التفاف الذراع حول القفا (جلت)

الىها وجه الجنين . ثم تراق الأصابع الى الأعلى خلف الذراع الى أن نصل الى المرفق . فاذا كانت الساعد منثنية ننسبك الأصابع في زاوية المرفق ونجذبها بغاية اللطف الى أسفل من فوق الصدر . أما اذا كانت الساعد منبسطة فنمرر الأصابع من تحت المرفق ونشبكها فوق السطح الخلفى للساعد ثم نضغط على الساعد الى أن تنتهى ثم نجذبها الى .

أسفل حتى تتخلص من فوق الوجه والصدر . أما الذراع المقدمة فاذا لم يمكن تخلصها من الأمام فيدار جسم الجنين بحيث تصير الذراع المقدمة خلفية ثم تُخلص كذراع خلفية . وفي بعض الأحوال تلتوى ذراع الجنين على قفاه (انظر شكل ١٢٠) . وفي هذه الحالة أن لم تتخلص الذراع بواسطة تدوير جسم الجنين فليس ثمة طريقة تقى من كسرها عند التخلص .

وتنبهى شدة الاحتراس في تحليص الذراعين من كسر العضد أو الترقوة .

والعضد تنكسر عادة من محاولة تخليصها يجذبها من وسطها بدلاً من جذبها من أسفل المرفق . أما الترقوة فقد تنكسر من ضغط رأس العضد عليها .

تخليص الرأس — اذا تمت ولادة الكتفين ولم يولد الرأس معها وجبت مساعدة تخليصه ، لأنه متى ولدت الكتفان يترك الرأس الرحم وينزل في المهبل فلا يبقى للطلق قوة على قذفه . ولا يجوز أن نسمح ببقاء الرأس في المهبل وقتاً أكثر من اللازم . وذلك لثلاثة أسباب : (١) انه متى تعرض جسم الجنين للهواء البارد يتعبه التنفس فاذا كان الرأس في المهبل يمتص الجنين عقي ومخاطاً فيختنق ويموت . (٢) انه اذا كان الحبل السرى لم ينضغط بين جسم الجنين وجدر الحوض الى الآن فن المؤكد انه ينضغط بين الرأس والحوض الآن . (٣) انه متى ترك الرأس الرحم تبدأ المشيمة في الانفصال .

وهناك ثلاث طرق لتخليص الرأس وهي : —

(١) طريقة براج المحسنة .

(٢) طريقة مارتين .

(٣) طريقة سميلي .

وقبل شرح هذه الطرق يجب ان نذكر انه من المهم في عملها كلها ان يلاحظ تخليص الرأس وهو في حالة انثناء .

(١) طريقة براج المحسنة — وهي أسهل الطرق وأسرعها لتخليص الرأس ان كان في الحوض ، ولكنها لا تفيد في الأحوال التي يكون فيها الرأس في أعلى المضيق العلوى . ولعمل هذه الطريقة يقف المولود على الجانب الأيمن للأُم ، ثم يشبك أصابع يده اليسرى على كتفي الجنين ويُمسك قدميه بيده اليمنى كما هو موضح في شكل ١٢١ ثم يجذب كتفي الجنين الى فوق ويقبهما

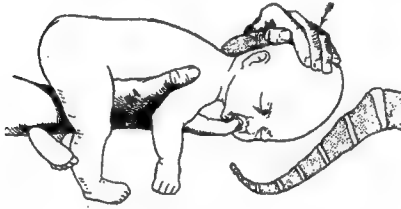
في هذا الوضع الى أن يتخلص الرأس وذلك لحفظه متنبهاً طول المدة . ثم يرفع
قدمي الجنين بيده اليمنى في اتجاه بطن الأم . وبهذه الحركة يدور الرأس
حول المؤخر الذي يكون مرتكزاً خلف العانة ويتم ولادته .



(شكل ١٢١) طريقة براج المحسنة . الاقواس تشير الى اتجاه الجذب (جلبت)

(٢) طريقة مارتين - هذه الطريقة تُفْلَح سواء كان الرأس في الحوض
أو في أعلى المضيق العلوي . ولعملها تنام الوالدة على السرير، طولها الى عرضه ، ثم
يقف المولداً أمامها ويضع ذراعه اليمنى تحت جسم الجنين ان كان الوجه متجهاً الى
اليسار أو اليسرى ان كان الوجه متجهاً الى اليمين، كما هو موضح في شكل ١٢٢
ثم يدس المقدار اللازم من يده داخل المهبل ويبحث عن القم ويدخل فيه
أصبعان الى أقصى ما يمكن . والاحتياط الأخير نتخذه اتقاء لكسر الفك .
وبواسطة الأصابع الموضوعة في القم نجعل القطر المقدم الخلفي للرأس شاغلاً
للقطر المنحرف ، أو للقطر المستعرض ان كان الحوض مُقَرَّطاً (ضيقاً في قطره
المقدم الخلفي) ، ثم نجذب الرأس الى الأسفل وهو في حالة انثناء . اما اليد
الأخرى فتوضع على قاع الرحم ويضغط بها على المؤخر فينتهي ويتخلص الرأس .

طريقة سمبلي - وتصلح لكل الأحوال ، وهي أقوى الطرق المستعملة في تخليص الرأس . ولعملها يوضع اصبعان في الفم كما يفعل في طريقة مارتين ، وتُسبَّك اصابع اليد الأخرى على الكتفين كما يفعل في طريقة پراج . فالاصابع الموضوعة في الفم تحفظ الرأس في حالة اثثناء اثناء تخليصه ، وجذب الكتفين بالأصابع الأخرى يحدث القوة اللازمة لتخليص الرأس . فإذا كان الرأس أعلى المضيق العلوي نجذب الى الوراء والأسفل أولاً أعنى في اتجاه محور الحوض ، ثم الى الأسفل فقط ، وأخيراً الى الأمام ، رافعين جسم الجنين الى الأعلى في اتجاه بطن الأم بواسطة الذراع الموضوعة تحته (انظر شكل ١٢٣) .



(شكل ١٢٢) طريقة مارتين (چك)

أما في الأحوال التي يدور فيها الوجه الى الامام فان كان الذقن في أسفل الارتفاق العاني يُجذب جسم الجنين الى الوراء مباشرة فيتخلص الرأس . فان لم يتخلص يوضع أصبعان في الفم ويجذب بهما . أما اذا كان الذقن مشتبكاً فوق الارتفاق العاني فيرفع جسم الجنين الى الأمام مباشرة فيتخلص المؤخر من المعجان وتلوه الجبهة فالوجه .

المضاعفات الممكنة معوضها في المبحث بالمقدمة - (١) الانفجار المعجل لجيب المياه . وذلك لان المقعدة لاتملأ الجزء السفلي للرحم فلا ينقطع الاتصال بين جيب المياه والسائل الأمنيوسي العام . (٢) انبساط الساقين

وهو أما أصلي يحصل قبل المخاض ، وأما ثانوى يتسبب من وجود عائق يمنع انحسار المعقدة مع الأطراف . وفى كلتا الحالتين تطول الولادة لأن ملاصقة الساقين للجذع تساعد على تقويم الظهر فيتمطل بذلك التقوس الطبيعى لظهر الجنين الذى يساعد على حفظ الرأس منتبهاً . وكذلك تتمطل حركة الانثناء الجانبي وقت تخلص الجذع . (٣) انبساط احد الذراعين أو كليهما بجانب الرأس أو أمامه أو خلفه (٤) أن الكتفين أو الرأس لا تعمل حركة



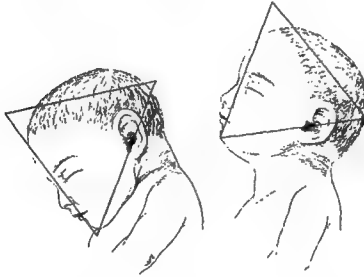
(شكل ١٢٥) طريقة سبيلي

الدوران الداخلى بل تولد فى القطر المنحرف للمضيق السفلى فتعسر الولادة (٥) دوران الحدة المؤخرية الى وراء بدل دورانها الى الأمام

الانزاع — تطول مدة الولادة وبالأخص عند بكرياتها فاذا اقتضت الحالة مداخلات يدوية يزداد الخطر على الأم بسبب ما يمكن حدوثه من التمزقات والتعفن .

أما الخطر على الجنين فشديد وقد يحدث من أسباب لا يمكن تلافيها

مثل (١) انضغاط الحبل السرى بين الرأس والحوض وقت تخلص الرأس .
و (٢) محاولة الطفل أن يتنفس والرأس فى الحوض فيختنق من امتصاص
السائل الأمنيوسى والمخاط (٣) تمزق خيمة المخيع Tentorium cerebelli
بسبب استطالة الأفتار الأفقية للرأس الناشئ عن الضغط الجانبي السريع
الذى يمرض له الرأس اذا جُذِب وقت الولادة من غير ان يعطى الوقت
الكافى لتشكيله . (٤) وقد ينشأ من جذب الكتفين والاطراف ان تمزق



(شكل ١٢٠)

يوضح كيف تصير قاعدة القمع
الى الاعلى اذا سلك الرأس
متنثيا .

(شكل ١٢٤)

يوضح شكل الرأس القمعى
وكيف تكون قاعدة القمع الى
أسفل اذا كان الرأس متبسطا

الالياف العضلية أو تنكسر العظام . ومما يزيد الخطر على الجنين أيضاً انه
بسبب عدم انطباق الجزء السفلى للرحم على المقعدة يكثر الانفجار المعجل
للجيب وسقوط الحبل السرى .

معالجه المضاعفات — متى ولد الجنذع لغاية السرة قد يحاول المولد انهاء
الولادة بسرعة يجذب الساقين . وذلك خطأ لأنه يسبب تقويم العمود الفقرى
فينبسط الرأس . وذلك لأنه يتم فصل بالعنق أقرب الى الحدة المؤخرية منه

الى الجبهة . وخير من جذب الاطراف أن يضغط المولّد على قاع الرحم وقت الطلق فان ذلك يساعد خروج الجذع وفي ذات الوقت يساعد الانتشاء الطبيعي لظهر الجنين . ومتى نزل الجذع يلاحظ أن الكتفين تدوران الى الأمام لتولّد في القطر المقدم الخلفي للمضيق السفلي . وفي هذا الوقت يُمسك الطفل حذاء الحوض وليس حذاء الخصر خوفاً من اصابة الاحشاء بأذى .

أسباب عسر الولادة في المبيء بالمقعدة — قد تتمسر الولادة :

(١) في تخليص المقعدة . و (٢) في تخليص الذراعين . و (٣) في تخليص الرأس .

(١) أما صعوبة ولادة المقعدة فقد تنشأ : (١) من خمود الرحم . و (ب) من عدم تناسب حجم الجنين لحجم الحوض ، إما لضخامة الجنين أو لضيق الحوض . و (ج) من انبساط الساقين . وسيأتى الكلام على ذلك في الفصل الخاص بالولادة العسرة .

وفي بكريات الولادة قد يكون ضيق المهبل سبباً في طول الولادة، وقد يُضطر المولّد في بعض هذه الأحوال الى توسيع المهبل بأن يدخل فيه ممدد شامبتيه ذي ريب فارغاً ثم يملأه ويجذب الى الأسفل تدريجياً حتى يتسع المهبل فتسهل بذلك ولادة المقعدة ، وكذلك تخليص الذراعين والرأس فيما بعد .

(٢) أما عسر ولادة الرأس فقد ينشأ من كبر حجم الرأس أو من انبساطه ، أو من دوران الحديدة المؤخرية الى الوراء ، أو من ضيق الحوض . أما الصعوبة التي تنشأ بسبب انبساط الرأس فتتضح من مراجعة (شكلى ١٢٤ و ١٢٥) فان الرأس لو وُلد مثنياً يكوّن اسفيناً رأسه الى أسفل فيسهل انحشاره ، أما لو كان منبسطاً فانه يكوّن اسفيناً قاعدته الى أسفل فيصعب انحشاره . وفوق ذلك فان القطر الذي ينحشر به الرأس وهو منبسط هو القطر المؤخرى

(٣٤)

الذئبي وطوله ١١,٢٥ سنتيمتراً عوضاً عن القطر تحت المؤخرى الجبهي وطوله عشرة سنتيمترات . فإذا وجدنا الرأس منبسطاً فالواجب أن يدار أولاً حتى يشغل قطره المؤخرى الجبهي القطر المنحرف للمضيق العلوي ، وبعد ذلك يُدخَل أصبعان في فم الطفل ويثنى الرأس ويُخلَّص بطريقة سميلى . فان لم تنجح يوضع الجفت .

﴿ المجيء المستعرض ﴾

يطلق المجيء المستعرض على الأحوال التي يكون فيها الجنين آتياً بأى جزء من أجزائه ماعدا الرأس والمقدمة . وفي بعض الأحوال يكون الرأس شاغلاً لأحد جانبي الرحم والمقدمة للجانب الآخر ، ولكن في أغلب الأحوال يكون الرأس شاغلاً لأحد المراقين والمقدمة للحفرة الحرقفية المقابلة أو العكس . وهو نادر الحصول يحصل في ٥٦ر . في المائة من الولادات .

أسبابه - كل الأسباب التي تغير الشكل الطبيعي للرحم والحوض وأهمها : - ضيق الحوض ، ارتخاء جدر الرحم ، الحمل التوأمي ، الاستسقاء الامنيوسي ، الاندغام المعيب للمشيمة ، أورام الرحم كالأورام الليفية مثلاً . وكذلك كل ما يغير شكل الجنين وحجمه يساعد على حدوث المجيء المستعرض كضخامة الجنين ، والأجنة الصغيرة الحجم غير التامة المدة ، ووجود أورام في جسم الجنين أو وجود أجنة متلهوجة .

الأوضاع - يتميز للمجيء المستعرض أربعة أوضاع وهي : -

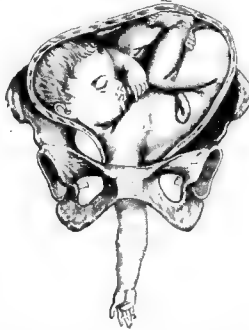
الوضع الأول - الظهر للأمام ، والرأس لليسار .

الوضع الثاني - الظهر للأمام ، والرأس لليمين .

الوضع الثالث - الظهر للوراء ، والرأس لليمين .

الوضع الرابع - الظهر للوراء والرأس لليسار .

والأوضاع التي يكون فيها الظهر للأمام هي الأكثر حصولاً .
التشخيص — بالجلوس البطنى يسهل تشخيص المجهى المستعرض لأننا في
أول الولادة نجد أن المضيق العلوى غير مشغول بأى جزء من أجزاء الجنين،
ونجد الرأس شاغلاً لأحد جانبي الرحم والمقعدة للجانب الآخر . وبالجلوس
المهبلى نجد الحوض خالياً في أول الولادة، ونجد جيب المياه قعى الشكل ويشد
بروزها أثناء الطلق . ومتى تقدم المخاض يمكننا الاحساس بالكثف أو بالاضلاع،
فإن لم يُعَدَل الوضع يسقط الذراع في المهبلى ويحدث ما يسمى بالمجهى بالكثف



(شكل ١٢٦) المجهى بالكثف المهبلى (جلايين)

المُهْمَل (انظر شكل ١٢٦) . وإذا أردنا تمييز الذراع الأيمن من الأيسر ننصو
اننا نُصَافِه ، فإذا تقابلت الراحتان والإبهامان فاليد هي اليمنى إن كنا صافحناه
باليمنى ، واليسرى إن صافحناه باليسرى . ومعرفة اتجاه ظهر الجنين إن كان
للأمام أو للوراء ، وكذلك تعيين جانب الحوض المشغول بالرأس يساعدنا
على تشخيص الوضع .

ميكانيكية الولادة .. المجرى المستعرض شديد الخطر على الأم والجنين ولذلك تجنب المبادرة باصلاحه الا في الأحوال التي تكون فيها الأجنة صغيرة الحجم جداً أو متعطنة ، فان هذه الأجنة قد تولد بدون مساعدة باحدى ثلاث طرق وهي : -

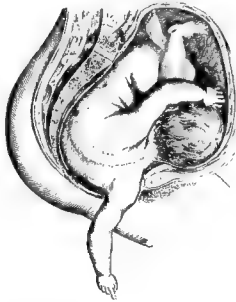
(١) التحويل الذاتى .

(٢) التخليص الذاتى

(٣) انثناء الجسم على نفسه .

(١) التحويل الزائى - وكيفية حصوله انه من تأثير الطلق تترك الكتف الحوض وتحمل محملاً المقعدة أو الرأس . وفي هذه الأحوال تتم الولادة بسرعة .

(٢) التخليص الزائى - وكيفية حصوله هي ان احدى كفتي الجنين تتحشر



(شكل ١٢٧) بداءة التخليص الذاتى (جلاين)

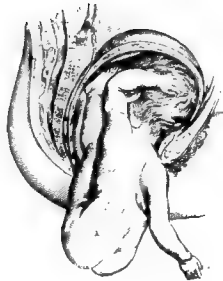
في الحوض ، وتسقط ذراع هذه الكتف في المهبل . ثم ترتكز الكتف تحت الارتفاق العانى وينثنى الظهر عليها انثناء حاداً ويتخلص من المعجان تدريجياً

ثم تتبعه المقعدة فالأطراف السفلى. وأخيراً يولد الرأس والذراع الثانية (انظر أشكال ١٢٧ و١٢٨ و١٢٩)

(٣) انثناء الجسم على زانه - وهو نادر الحدوث جداً ولا يحدث الا اذا كانت الأجنة في حالة متقدمة من التعطن أو كانت صغيرة الحجم جداً. وكيفية حدوثه هي أن الكتف التي يأتي بها الجنين تخشع في الحوض ويتبعها الرأس مع سائر الجسم. أي ان الرأس والجذع يتخلصان معاً كما هو موضح في (شكل ١٣٠).

المعالجة - يعالج المجهى المستعرض باحدى أربع طرق : -

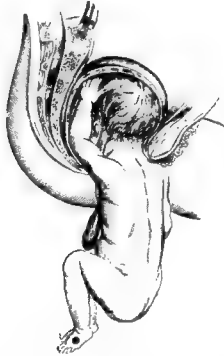
- (١) المعالجة باتخاذ وضع مخصوص .
- (٢) التحويل الرأسى الخارجى .
- (٣) التحويل القدى الباطنى .
- (٤) تقطيع الجنين .



(شكل ١٢٨) تقدم التعليل الثانى (جلاين)

المعالجة باتخاذ وضع مخصوص - وتتيح في الأحوال التي يوجد فيها انحراف قليل في وضع الجنين. ويشترط لنجاحها الا يكون جيب المياه متمزقاً،

والأ يكون أحد الأطراف ساقطاً. أما النظرية التي تُسند إليها هذه الطريقة فهي انه اذا اضْجعتِ الوالدة على احد جانبيها فان الرحم يهبط الى هذا الجانب ، حاملاً معه جزء الجنين الذي يكون فيه . وهبوط ذلك الجزء من الجنين يستلزم ارتفاع الجزء المقابل له . وعلى ذلك فاذا كان الرأس في احدى الحفرتين الحرقفتين واضْجعتِ الوالدة على الجهة التي بها الرأس ، فان قاع الرحم يهبط الى هذه الجهة حاملاً معه المقعدة ، فيرتفع الرأس الى الجهة المقابلة اعنى يتمدد وضع الجنين .

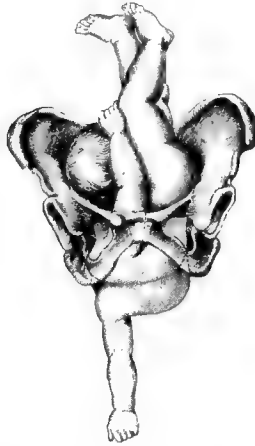


(شكل ١٢٩) انتهاء التخلص الثاني (جلايين)

التحويل الرأسى الخارجى - لما كان من المستحيل فى الأحوال الطبيعية أن يولد الجنين بجذعه فالواجب تحويل المجيء المستعرض الى مجيء بالرأس أو بالمقعدة اذا أمكن ذلك . واذا اكتشف هذا المجيء المعيب فى الأسابيع الأخيرة للحمل فالواجب عمل التحويل الرأسى ، ولو أنه كثيراً ما يعود المجيء الى حالته الأصلية لكون الأسباب التى تحدثه لم تزل باقية . ومما يساعد على

بقاء الجنين في وضع حميد أن يربط البطن برباطتين ويماد الفحص كل يومين
ويصلح المجيء، ان وجد معيباً، ومتى بدأ المخاض يماد الفحص ويعمل المجيء
بالحركات الخارجية إما الى مجيء بالرأس أو بالمقعدة. فان عاد المجيء الى
حاله الأصلية يعمل التحويل القدي الخارجي ويفجر الجيب وتُخرج قدم من
العنق. وعمل ذلك سهل اذا كان العنق يسع أصبعين.

التحويل القدي الباطني - أما اذا كانت الجيب منفجراً فالتحويل
الخارجي مستحيل. ويكثر أن تُضاعف هذه الحالة بسقوط الحبل السري.
أما العلاج فيختلف بحسب درجة تمدد العنق :-



(شكل ١٣٠) انتواء الجسم على نفسه (جلايين)

فاذا كان العنق يسع أصبعين ($\frac{1}{2}$ تمدد) تُبَنِّجُ الوالدة ويرد الحبل السري
ان كان ساقطاً وكذلك الذراع. ثم يُدْخَل ممدد شامبيتية دي ريب في الرحم

وعلاً ثم يجذب ببطء الى أن يتمدد العنق تمداً كافياً . وبعد ذلك يُخْرَج الكيس ويُعْمَل التحويل القدي الباطني .

أما اذا وجد العنق ممتدداً نصف تمداً أي يسمع دخول اليد ، فيعمل التحويل الباطني ويُخْرَج قدم من العنق وتترك الولادة للطبيعة ما لم تنشأ عوارض تستدعي سرعة انتهائها .

أما اذا لم تَرَ الولادة إلا بعد تصريف السائل الامنيوسي كله وانكماش الرحم على الجنين ، فمن الخطر جداً عمل التحويل لأن ادخال اليد في الرحم يسبب تمزقه إلا اذا كان المولّد متمرنًا جدّاً الترن على التحويل .

ويشترط لعمل التحويل الباطني : (١) أن يوجد قدر كاف من السائل الامنيوسي في الرحم يسمح بإجراء التحويل . و(٢) ألا يكون الرحم في حالة تشنج مستمر بل ينقبض ويرتخي في الفترة بين الطلقات . و (٣) ان القسم السفلي للرحم لا يكون قد تمداً تمداً يحمل حلقة الانكماش ترتفع ٤ سنتيمترات فوق العانة .

نقطيع الجنين - يعمل في أحوال المجيء ، بالكثف المهمل اذا وجدت الامور الآتية : -

(١) اذا ارتفعت حلقة الانكماش اكثر من ٦ سنتيمترات فوق العانة .

(٢) اذا لم يمكن عمل التحويل القدي الباطني .

(٣) اذا كان الجنين ميتاً ووجدت صعوبة في عمل التحويل الباطني .

وأحسن طريقة لتقطيع الجنين هي بتر العنق . فاذا لم نستطع الوصول للعنق تقطع الاحشاء كما سيذكر فيما بعد .

الموت - يموت من الأجنة ٣٣ في المائة ، ومن الامهات ٥٥ في المائة .

فصل الثالث عشر

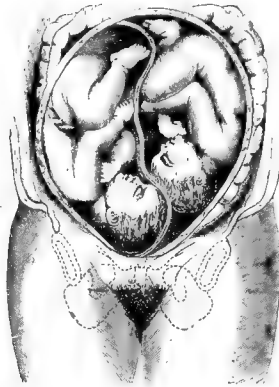
الحمل التوأمي

ويطلق على الأحوال التي يشتمل فيها الرحم على جنينين أو أكثر. والحمل التوأمي يحصل بواحدة من ثلاث طرق : الأولى ان تُخصَّب بويضة ذات نواتين ، والثانية ان بويضتين تُخصَّبان في وقت واحد . والثالثة ان بقعة جرثومية واحدة تنقسم الى عَلاقَتَيْن . ففي الحالة الأولى يكون الجنينان من جنس واحد ، ويكون لهما مشيمة واحدة وسلي واحد وامنيوسان . أما في الحالة الثانية فقد يكون الجنينان متوافقين في الجنس أو لا يكونا . ويكون لهما مشيمتان وغشائان سلائيان وامنيوسان ، ولكن قد يحصل في بعض الأحيان أن المشيمتين تمتازجان فتظهران كأنهما مشيمة واحدة ولكن الغشائين السلائين يكونان منفصلين أحدهما عن الآخر دائماً . وفي الحالة الثالثة تكون للجنينين مشيمة واحدة وسلي واحد وأمنيوس واحد .

كثرة وقوعه — يحدث الحمل التوأمي بجنينين مرة في كل ٨٨ ولادة ، وبثلاثة أجنة مرة في كل ٧٨٢٠ ولادة ، وبأربعة أجنة مرة في كل ٤٠٠٠٠ ولادة . وقد شوهدت أحوال حدث فيها حمل توأمي بخمسة أو ستة أجنة وهذا نادر جداً .

التشخيص — بالجلس البطني يمكن الاحساس برأسين ومقعدتين وأكثر من أربعة أطراف اذا لم تكن الأجنة متلهوجة . ويمكن تشخيص الحمل التوأمي بالتسمع اذا تسمع اثنان ضربات قلب الجنين في وقت واحد . فان كان الحمل توأمياً فان ضربات قلبي الجنينين لا تتزامن بعضها مع بعض .
أنواع المعجب — المعجب المعيب أكثر حدوثاً في الحمل التوأمي منه في

الحمل المادى . ويسمى المجهى حميداً فى الحمل التوأمى اذا كان الجنينان آتيين برأسيهما . أما المجهى المعبى فهو الذى يكون فيه احدهما آتياً بالرأس والآخر بالمقعدة ، أو كلاهما بالمقعدة ، أو كلاهما بالجذع ، أو واحد بالجذع والآخر بالمقعدة ، أو واحد بالجذع والآخر بالرأس .

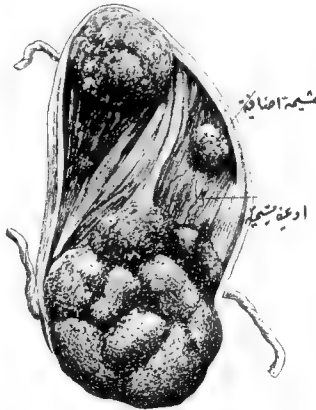


(شكل ١٣١) الحمل التوأمى (الوضع الحيد)

والميكانيكية العادية للولادة فى الحمل التوأمى هى ان يولد احد الجنينين اولاً ثم يولد الجنين الثانى ، ثم مشيمة الأول فمشيمة الثانى . وفى احوال قليلة يولد الجنين الأول وتقبه مشيمته ، ثم الجنين الثانى فمشيمته .

تخصيص المعالجة — نشخص وضع الجنين الأول ، وفى الغالب يكون محيئه بالرأس أو بالمقعدة ، ثم لا نفعل شيئاً الى أن تتم ولادته طبيعياً . وبعد ذلك نشخص وضع الجنين الثانى فان كان معيباً نصلحه وننتظر ولادته طبيعياً . فاذا لم تتمزق الأغشية بعد ولادة الاول بنصف ساعة نمزقها صناعياً اتقاء

لتأخر ولادة الجنين الثاني جملة ساعات وربما جملة أيام . وسبب هذا التأخر هو أن الأجنة في الحمل التوأمي تكون غير تامة المسدة فتي ولد احدها قد لا يكون حجم الثاني كافياً لتميع جدر الرحم . حتى انه قد ذكرت بعض أحوال تأخرت فيها ولادة الجنين الثاني اكثر من اسبوعين بعد ولادة الجنين الأول . وقد دعا ذلك بعض المولدين أن يشيروا في الأحوال التي تولد فيها



(شكل ١٣٢) مشيمة لثلاثة أجنة نامية من بويضتين
ويوضح أيضاً وجود مشيمة إضافية (لياج)

مشيمة الجنين الأول بعد ولادته مباشرة بأن تربط بطن الأم بحزام بطني وتؤمر بالراحة التامة على أمل أن يتأخر ولادة الجنين الثاني حتى تتم مدته ان كان ناقص المدة .

اما الغرض من عدم تمزيق أغشية الجنين الثاني إلا بعد ولادة الأول

بنصف ساعة فهو ان يمدى الرحم وقتاً كافياً للراحة ، حتى يقل الخطر من حدوث النزف المحمولى بمد الولادة .

الانزاع - الحمل التوأى أخطر على الأم من الحمل العادى بقليل . ولكن الانذار فيه بالنسبة للأجنة يختلف بحسب الوضع ان كان حميداً أو معيباً . ولما كانت الاجنة فى الحمل التوأى غير تامة المدة غالباً ، ولكون المسالك التناسلية تكون ممتدة تمدداً جيداً اثناء ولادة الجنين الثانى لذلك يكون الخطر فى الاوضاع المعيبة فى الحمل التوأى اقل بكثير من خطر الاوضاع المعيبة فى الحمل العادى . غير انه بالنسبة لولادة الأجنة فى الحمل التوأى قبل تمام مدتها غالباً فهي كثيراً ماتت فى الشهر الأول لولادتها .

سبر الولادة - يكثر أن يضاعف الحمل التوأى بالاستسقاء الامنيوسى ، والانفجار المبكر لجيب المياء ، وسقوط الحبل السرى ، أو سقوط أحد الأطراف ، وبالحمود الرسمى ، وبالمجى المعيب . وينبأ أن تطول مدة الولادة بسبب ازدياد تمدد الرحم .

المضاعفات - تنعمر الولادة فى الحمل التوأى من أحد ثلاثة أسباب وهى :
(١) اذا انحسر رأسان صغيرا الحجم جداً فى الحوض معاً فى وقت واحد فيتمطل الدوران وتستحيل الولادة بدون مساعدة . والمعالجة فى هذه الأحوال تنحصر فى دفع أحد الرأسين الى فوق . فان لم تنجح فى ذلك نضع الجفت . ويندر أن يضطر الى عمل التفتيت .

(٢) اذا كان الجنينان آتين برأسيهما وابتدأ انحشار رأس الأول ، وقبل أن يتم انحشاره اندفع رأس الجنين الثانى على عنق الأول ومنعه عن تكميل الانحشار . والمعالجة هي أن ندفع رأس الجنين الثانى الى الأعلى ثم نخلص رأس الأول بالجفت .

(٣) اذا كان الجنين الأول آتياً بالمقعدة والثاني بالرأس، وولدت مقعدة الأول، وقبل أن ينحسر رأسه في الحوض يدخل رأس الجنين الثاني قبله بحيث تشبك ذقنه بذقن الجنين الأول . (انظر شكل ١٣٣) .



(شكل ١٣٣) اشتباك الرأسين (جلايين)

أما المعالجة في هذه الأحوال فتتخير في محاولة دفع رأس الجنين الثاني الى فوق، فان لم يمكن عمل ذلك نحاول تخليصه بالجفت من خلف الجنين الأول . فاذا لم تنجح في ذلك، أو اذا كان الجنين الأول ميتاً تقطع رأسه وندفعه الى الأعلى ونخلص الجنين الثاني بالجفت . وفي كل الأحوال التي نصمم فيها على بتر العنق أو عمل التفطيت يُنتخب الجنين الأول لأنه اذا تعسرت ولادته بهذه الكيفية يكون غالباً ميتاً .

الفصل الرابع عشر

﴿ بعض أمراض الحمل ﴾

في الصباح — في الصباح يصيب الحوامل عادة بين الشهر الأول والرابع للحمل . ويوجد منه نوعان : نوع خفيف ونوع شديد .
المعالجة — يكفي في علاج الأحوال الخفيفة أن تؤمر الوالدة أن تجعل فطورها مقصوراً على الشاي والخبز المحمر (المقمر) ، وأن تلاحظ أن امعاءها تتحرك بانتظام كل يوم مرة . فإذا لم يقف القيء تمنع من تعاطي الأغذية الصلبة ، ويجعل طعامها مقصوراً على اللبن وتُعطى المزيج الآتي : —

بيكاربونات الصودا ١٠٠٠ جرام

روح النوشادر العطري ١٠٠٠ جرام

شراب التارنج ٢٠٠٠ جرام

منقوع الجنطيانا لغاية ٢٥٠٠٠ جرام

يعطى هذا المقدار ٣ مرات يومياً قبل الأكل بنصف ساعة . فإن لم يقف القيء تُعطى ١,٥ جرام اوكسيكربونات البزموت ، مُلّقة في مقدار كاف من مسحوق صمغ الكثيراء المركب .

فإذا اشتد القيء ولم يتحسن باتباع الطرق السابقة فالأفضل عمل فحص مهبطي لأنه قد يكون متسبباً عن تقرّحات العنق أو وجود ميل أو انثناء غير طبيعي في وضع الرحم .

دوالي الأطراف — وتحصل غالباً عند متكررات الولادة . وتعالج بربط الأطراف من أسفل الى أعلى برباط من الكريب (crêpe) .

الحكة الفرعية — مرض كثير الحدوث مدة الحمل ويتسبب غالباً من

ازدياد الافرازات المهبلية ، وقد يكون عَرَضاً من أعراض التسمات الامتناعية للحمل . وبعض الأحوال تسبب من بطء سير الدم في الأوردة أو من وجود بواسير ملتبئة .

العصر — اذا كان الافراز المهبلي غزيراً وحريفاً يدهن الفرج بحرهم الريزنيول لمنع الافرازات عن ملاسته ، فاذا لم يكف ذلك وكان التهيج الجلدي الناشئ عنه غير محتمل يجوز أن تعمل زروقات مهبلية بمحلول كلورور الزنك واحداً الى ٤٠٠٠ ويلاحظ أن لا يرتفع الزارق اكثر من عشرة سنتيمترات عن حذاء الحوض ، وأن يكون ماء الزرق (الدوش) فاتراً .

وأحسن طريقة لإزالة الحكّة هي أن تجلس المريضة القرفصاء وتضع أمام قدميها صحيفة ملاءى بماء ساخن جداً في درجة ٥٠ إذا احتملته أو أقل أو أكثر بحسب درجة احتمالها . ثم تنثر الماء على الفرج بسرعة مدة ٥ دقائق ثم تجفف الفرج . فاذا بقي بعض من التهيج يدهن الفرج بحرهم الريزنيول . وفي بعض الأحوال الثقيلة أُسْلِطَ على الفرج تياراً من الهواء الساخن من جهاز معدّ لذلك مدة ٥ دقائق . وفي عدد كبير جداً من المرضى شفاء سريعاً . ويجب أن ينبه على المصابات بضرورة الانقطاع عن أكل التوابل والأطعمة الحريفة .

آلام الأسنان — ان وجد تسوس في الأسنان يستدعى قلها فالأفضل عمل ذلك في بداءة الجل . أما اذا حصل تسوس بعد تقدم الجل فتعمل المعالجة المسكنة فقط وينتظر الى ما بعد الولادة .

انفراجيا — هي آلام عصبية . وتعالج بالوضعية الساخنة والروخ الكافوري ، ولا يجوز تعاطي الكينين أو الفيناستين أو الاتبيرين لأنها قد تحرض الاجهاض وتستعاض بالبرومور أو بالكلورال .

✽ الأمراض العمومية التي تصيب الحوامل ✽

الزهرى - هو أهم أسباب الاجهاض والاسقاط والولادة المعجلة ، وموت الأجنة في بطون امهاتها .

والاصابة ان كانت حديثة العهد تسبب وفاة الجنين في شهور الحمل الاولى . وان كانت قديمة العهد فقد لا تسبب وفاته الا في الأشهر الأخيرة للحمل . وقد ينجو أحد الأجنة فيولد سليماً ، وتولد الأجنة التي تأتي بعده ميتة . وينتقل الزهرى الى الجنين أما من دم الأم ان كانت هى المصابة ، أو من مَنِي الرجل ان كان هو المصاب .

أما كيفية وصول سيروكيت الزهرى (مكروبه) بواسطة المني فغير معروفة تماماً ، لأن حجم السيروكيت لا يقل عن حجم رأس الحيوان المنوى . ويظن البعض أن لمكروب الزهرى تطورات يكون فيها على شكل حبيبات صغيرة تنمو فيما بعد الى سيروكيت ، وأن عدوى الجنين من الأب تكون بواسطة هذه الحبيبات . وكان يظن بأنه قد يصاب الجنين من الأب المصاب بالزهرى ولا تنتقل العدوى الى الأم ، وأن الأم قد ترضع طفلها المصاب بالزهرى الوراثى ولا تنتقل لها العدوى ، مع انه يعدى غيرها لو ارضعته ، ولكن ثبت الآن أن ذلك غير مضطرد الصحة فان الأم التي لا تظهر عليها علامات الزهرى قد يفحص دمها بتفاعل واسرمان وتكون النتيجة ايجابية

أما التغيرات التي تظهر عند تشريح الأطفال التي تولد ميتة بسبب الزهرى فهي ان الغضاريف الموجودة في محال اتصال العظام الطويلة والأضلاع بأطرافها ، لا تكون على شكل خط رقيق منتظم وأزرق اللون سمكه نصف

مليّتر كما هو الحال في الأحوال الطبيعية ، بل يكون خطأً سميكاً متعرجاً أصفر اللون سُمكُه مليّتران ونصف .

ونجد الكبد والطحال متضخمين . ويكون نسيجهما صلباً عند قطعه واكثر شفافية منه في الحالة الطبيعية .

أما الأجنة المزهورة التي تولد حية فتكون صغيرة الحجم . ويكون جلد راحة اليدين وأخص القدمين كشيافاً وقد تنفطى يدا الجنين وقدماء بالفقاغات ، وتظهر بقع حمراء داكنة حول الاليتين .

وفي الأحوال المشتبهة يمكن سحب مقدار من الدم من الحبل السرى قبل ربطه ، ثم يفحص بتفاعل واسرمان . وقد يمكن أيضاً العثور على سبيروكيت الزهري في المشيمة أو في أحشاء الجنين . أما المشيمة الزهرية فأكبر ولونها أبهت من الطبيعي ، ولمسها دهني ونسيجهما رخو سهل التفتت ، وإذا عُوّمت بمض القطع السلائية في الماء نجد الحبل السلائى متضخماً ، وإذا عمل منها قطاع مكروسكروبى نجد لها مرتشحة بخلايا صغيرة مستديرة ، ونجد الأوعية منسدة وقد يمكن العثور على سبيروكيت الزهري عند الفحص الدقيق .

إذا شكّ في أن الأم أو الأب مصاب بالزهري فيجب الابتداء حالاً بالعلاج بالزئبق ، وفي شهور الحمل الأخيرة يكون العلاج بالزئبق ويودور البوتاسيوم أو بالسلفرسان أولاً ثم بالزئبق .

ويجب الاعتماد على تفاعل واسرمان للأم والأب كليهما في الأحوال التي يستدل من تاريخها على حدوث اجهاض مرتين أو أكثر أو وفاة الجنين في الرحم .

وعند طلب فحص الدم يجب تفهيم الوالدين أن النتيجة الإيجابية ليست دليلاً على أن صاحبها مصاب بالزهري أو انه كان مصاباً به قبلاً ، بل قد تكون

الاصابة وراثية من الوالدين أو الجدّين ، والآ تعرضنا لمشاكل لانهاية لها اذا ثبت ان التفاعل موجب في احد الزوجين وسالب في الآخر . ويحسن فحص دم كل منهما بدون علم الآخر .

✽ السيلان ✽

اذا اصيبت الحامل بالسيلان يجب الاهتمام بعلاجه وشفائه تماماً قبل الوضع ، لثلاث تصل مكروباته الى عيني الجنين في أثناء ولادته فيصاب بالرمم الصديدي ، أو الى الرحم والبوقين فتسبب نوعاً من أنواع الحمى النفاسية .

المهرج — يوصف للمريضة زروقات مهبلية تعمل ٣ مرات يومياً مع ملاحظة أن لا تزيد حرارة السائل عن ٣٨°س وأن لا يُرفع الزارق اكثر من عشرين سنتيمتراً فوق مستوى الحوض . وأحسن المطهرات التي تضاف للسائل في هذه الظروف هي فوق منجنات البوتاسا بنسبة ١ الى ١٥٠٠ .

أو كلورور ذلك ٢٥٠٠ جرام

ماء مقطر ٥٠٠٠ جرام

توضع ملعقة بن في لتر ماء للفسيل .

واذا لم ينجح ذلك يُمسَّ عنق الرحم والمهبل بمحلول تترات الفضة بنسبة ١٠ الى ١٥ في المائة ، ويجب العناية بمس الردوب المهبلية . ويكرّر ذلك مرة في كل اسبوع .

✽ الدرن الرئوى ✽

اذا لم تكن الاصابة بالدرن الرئوى متقدمة فقد تتحمل المصابة متاعب حمل أو حملين بلا ضرر كبير . وغالباً تتحسن صحتها مدة الحمل ولكنها تسوء بسرعة بعد الولادة . فالواجب التنبيه عليها بعمل الوسائل اللازمة لمنع تكرار الحمل . ولا

يجوز لها ارضاع طفلها. وفي بعض الأحوال يقتضى الأمر تحريض الاجهاض.
ولا يجوز عمل ذلك الا بعد الاستشارة مع طبيب آخر .
واذا طالت مدة الدور الثانى للولادة فالواجب المساعدة بالجفت .

﴿ أمراض القلب ﴾

النقطة التى نهم المولد هى معرفة ما اذا كانت الحامل ستقوى على حمل
الجنين الى نهاية المدة بلا خطر على حياتها أولا . وقد وضع السر چمس
ما كثرى بعض قواعد يحسن الاسترشاد بها وهى تلخص فيما يأتى :
ان وجود مرض فى القلب ، لا يظهر أثره الا فى اكتشاف نفخ عند
التسمع ، لا أهمية له فى ذاته . وانما الأهمية كلها فى اصطحاب ذلك بحدوث
ضيق فى التنفس أو خفقان عند عمل مجهود . وفى هذه الحالة لا تقاس خطورة
الحالة بارتفاع صوت النفخ بل بدرجة المجهود الذى يحدث ضيق التنفس .
الاموال التى يجب فيها منع الحمل - يشار بمنع الحمل اذا ظهرت
أعراض عجز فى القلب . وفى أول الأمر لا تظهر هذه الأعراض ما دامت
المريضة مرتاحة ، ولكنها لو عملت مجهوداً لم يكن يتعنها قبلاً واعتراها
ضيق التنفس والخفقان ، يكون هذا دليلاً على ابتداء عجز القلب .
وأخطر أمراض القلب طرّاً ضيق الصمامات . وأشد ما يكون خطر
الحمل فيها اذا كانت نوبة الروماتزم التى سببته حديثة . فان ندب التحام
الصمامات الملتهبة تكون سائرة فى سبيل الانكماش تدريجياً . ويكون القلب
ضعيفاً وغالباً متمدداً وفى هذه الأحوال تظهر الغاط (نفخ) وقت انبساط
القلب وقبيل انقباضه ، فاذا زاد على ذلك ايضاً اختلاج أذينة القلب يمنع
الحمل بتاتا . وان لم يكتشف ذلك الا بعد الحمل تراقب الحالة ، فان ظهرت
أعراض عجز فى القلب تحرّض الولادة .

أما في أمراض الأورطى فإن كان حجم القلب طبيعياً ولا يحدث ضيق في التنفس عند عمل مجهود فلا خطر من الحمل . أما إذا كان البطين متضخماً وكان النبض شديداً بالمطرفة المائية فالحمل خطر .

الأموال التي يجوز فيها حدوث الحمل — المصابات بمرض في القلب غير مصحوب بأعراض عدم الكفاية، وصاحبات القلب المتضخم، سواء كان سبب تضخمه عصبياً أو ناشئاً من تسمات امتصاصية، لا خوف من حدوث الحمل عندهن ولو اصطحب مرض القلب بنفخ . وكذلك أمراض الأورطى التي لا تصطحب بتضخم في البطين .

الأموال التي يمرض فيها الدمهاض أو الولادة المعجلة — إذا حملت امرأة مصابة بمرض في القلب سواء كان تمديداً أو ضيقاً في الصمامات ، فلا يصح التداخل لانتهاء الحمل إلا إذا ظهرت علامات عجز القلب .
فإن لم تظهر هذه العلامات فلا تُحرَّض الولادة . ويسمح للمريضة بالرياضة المعتدلة إذا كانت لا تحدث ضيقاً في التنفس .

أما إذا ظهرت علامات عدم الكفاية فيجب فحص المريضة أسبوعياً لمراقبة ظهور أيديما الرئتين وعلامات عجز القلب . فإذا ظهرت قراقر في قاع الرئتين ولم تحسن بالعلاج فهي دليل على ابتداء عجز القلب عن العمل . ويصطحب ذلك عادة بضيق التنفس عند عمل أي مجهود . فإذا حدث ذلك تلازم المريضة فراشها وتقطع عن عمل أي مجهود . وتُشجَّع على الاستجماع نصف جالسة ، ويوضع خلف ظهرها وحوّلها وسادات .

فإذا توصل الطبيب إلى اتقاء حدوث عجز القلب فمن الممكن أن يُترك الحمل إلى أن يصل إلى تمامه . ويكثر في هذه الأحوال حدوث الولادة المعجلة الذاتية في الشهر السابع . فإذا دنا المخاض وبدأ الطلق القاذف يعطى للمريضة

قليل من الكلوروفورم لمنعها عن الحزق لأنه ينهك القلب . وتبقى اتسع المنق .
تنهى الولادة بالجفت .

ردائل عجز القلب - أولها حدوث الخفقان وضيق التنفس عند عمل
مجهود لم يكن يتعب المريضة قبلاً . ويتبع ذلك تغير في النبض فلا تصل
ضربات القلب كلها بل يتأخر وصول بعضها فلا يظهر له أثر في النبض ، فيكون
عدد ضربات القلب أكثر بكثير من عدد النبضات . والأحوال المتقدمة
تصطبغ بارتشاح عام وتضخم في الكبد وارتشاح في قاع الرئتين وازرقاق
الوجه والأطراف . ويصطبغ أيضاً باختلاج أذينة القلب .

✽ البول السكرى ✽

إذا ظهر السكرى في بول الحوامل فالواجب التمييز بين الجلوكوز واللاكتوز .
لأن وجود اللاكتوز في بول الحوامل كثير الحدوث وعديم الضرر لأنه
ينشأ من امتصاص اللبن من الثدي . أما وجود الجلوكوز فدليل على إصابة
الحامل بالبول السكرى . وفي هذه الحالة يجب اتباع الأصول المرعية في علاج
البول السكرى مثل الامتناع عن الأطعمة السكرية والنشوية . وكثيراً ما يكون
البول السكرى سبباً في وفاة الجنين في الرحم وفي الولادة المعجلة ، وفوق ذلك
فهو يجعل الحامل أكثر عرضة للنزف بعد الولادة وللإصابة بالحمى النفاسية .

✽ الأمراض المعدية ✽

إذا مرضت الحامل بإحدى الحميات المعدية واشتدت الحمى فالغالب أن
يحدث الاجهاض أو الاسقاط أو الولادة المعجلة . ومن الجائز أن تنتقل العدوى
الى الطفل في الحمى التيفودية والجدرى وغيرهما من الأمراض . وفي الأحوال
التي تنتهى بالاجهاض أو التي تحدث فيها الولادة في أثناء الحمى يجب العناية التامة

بالتعقيم لشدة تعرض الحامل للاصابة بالحمى النفاسية . فاذا طالت مدة الولادة فالواجب المساعدة على انتهائها وذلك لان قوى الولادة تكون منحلطة .

❖ التهاب كؤوس الكلى فى الحمل (Pyelitis) ❖

كثيراً ما تلتهب كؤوس الكلى مدة الحمل بسبب الاصابة بالباشلس القاولونى .

ويبدأ المرض فجأة بألم فى القطن ، وغضاضة عند الضغط ، مع ارتفاع فى الحرارة . ويكون البول قلوياً ويحتوى على صديد . ويمكن الحصول منه على زرع نقي من الباشلس القاولونى .

العلاج - يعطى للمريضة المطهرات البولية مثل السيستوپيورين وهو مركب من اليوروتروبين وخلات الصودا الحضى . ويمتاز عن اليوروتروبين بأنه لا يهيج الكلى . وتؤمر المريضة بملازمة الفراش ، ويقصر طعامها على اللبن وتعطى لها المسهلات . وتغسل المثانة بالكينوزول بنسبة واجد فى الألف . فان لم تتحسن الحالة يعمل لها لقاح من المكروب الذى يوجد فى البول .

وفى بعض الأحوال تسوء الحالة لدرجة تستوجب اخلاء الرحم . وفى هذه الحالة يجب الاحتراس من وصول نقط من البول الى المهبل ومنها الى الرحم فتسبب الحمى النفاسية .

❖ تسيمات الدم الامتصاصية عند الحوامل وما ينشأ عنها من الأمراض ❖

لم يعد شكٌ فى أن الحوامل أشد من غيرهن عرضة لتسمات الامتصاصية (توكسميا) . والسبب فى ذلك على الأرجح هو اضطراب الأم لتعاطى مقدار من الغذاء أكثر مما تعاطى عادة ليقوم بتغذيتها وتغذية الجنين الذى فى أحشائها ، فيعجز كبدها عن تمثيل الأغذية تمثيلاً تاماً ، وتعجز الكليتان والأمعاء

عن تصريف الفضلات التي تتخلف عن الغذاء، فينبى عن ذلك امتصاصها في الدم وحدوث التسمم الامتصاصى. ويظهر أيضاً أن قطعاً تنفصل من الحمل السلائى الذى يعوم في الجيوب الوعائية للرحم، وتسبح في دم الأم وتصل الى الدورة العامة بل والى الرئتين. فان تكوّن في الدم مواد مضادة لها أفسدت تأثيرها الضار فلا تحدث أعراض تسممية. وأن عجز الجسم عن ذلك ظهرت أعراض التسمم.

وينشأ من وجود هذه السموم أعراض متنوعة مثل قىء الصباح، والتلب، والوجع، وأمراض كثيرة مثل الصداع، والقىء المستعصى، والبول الزلالى، والأكلسيا والحكة الجلدية والضمور الكبدى الحاد الأصفر والازرق التى تنزل من الرحم. وتصطبج أغلب هذه الامراض بأعراض متشابهة تدل على أن منشأها كلها واحد: كالذوخان والصداع وتقلص العضلات والطعم المعدنى في الفم، والارتجاء، والحكة الجلدية، وفقدان الشهية والتهوع، وظهور أشعة من الضوء امام الأعين وضعف الذاكرة والارتعاش والأرق والميلانخوليا. وهذه الأعراض تظهر أيضاً في تسمات الدم التى تصيب غير الحوامل كما أنها تحصل في التسمم البولى (يوريميا) والبول السكرى والتسمم بالفوسفور. والرأى السائد الآن هو أن تسمات الدم في أثناء الحمل تنشأ عن احتباس مواد زلالية في الدورة. وبما يؤيد ذلك أننا اذا عالجتنا المريضة بمنعها عن الأغذية الصلبة الأزوتية وساعدنا أجهزتها المفرزة على تأدية عملها باعطاء المسهلات والاكثر من السوائل، فان أغلب الاضطرابات الناشئة عن تسمم الدم تشفى ان كانت خفيفة، وتحسن كثيراً ان كانت ثقيلة.

ومن الوجهة الباتولوجية نجد أن التغيرات التى تحدثها هذه التسمات مهما اختلف نوعها، شديدة الشبه بعضها ببعض. فالكبد تكون مركزاً

للالتهاب الحاد المصحوب بالتورم والاستحالة الحبيبية للخلايا مع وجود نقط مائتة تحت غلافه . والكلى تحتن احتقاناً حاداً أو تتهب في كثير من الأحوال . ويصاب المخ والطحال والاعضاء الأخرى بالالتهاب بدرجات متفاوتة . وكذلك تنقص قلوية الدم ويزيد مقدار الأزوت المنفرز كنوشادر ، ويقل مقداره المنفرز في المواد المعادلة للبولىنا . ومن هذا يرى أن تسمات الحمل ترتبط كثيراً بالتسمات الحامضة الباثولوجية التى تحدث في الجوع وفي الحيات والبول السكرى والأمراض المعدية المعوية الشديدة وفقر الدم وغير ذلك . وتشترك تسمات الحمل كلها في أمر آخر وهو امكان درئها أو تخفيف وطأتها كثيراً برعاية طرق حفظ الصحة مدة الحمل وبالالتفات الى الغذاء والنوم والنزهة في الهواء الطلق واطلاق الامعاء وملاحظة الكليتين .

✽ الصداع الشديد ✽

الصداع الشديد ولا سيما المصحوب بالأرق ، اذا لم يسببه مرض في المخ فهو من علامات تسمم الدم . ويعالج بانقاص الأغذية الازوتية (كاللحوم) وبتعاطى المسهلات ، وبالحمات اليومية والرياضة المعتدلة ، وبشرب مقادير كبيرة من الماء يومياً .

✽ القيء المستعصى ✽

يحدث قيء الصباح عند الحوامل عادة من الأسبوع السادس الى نهاية الشهر الرابع للحمل . ولكنه في بعض الأحوال قد يستمر بعد الشهر الرابع ، وقد لا يكون مقتصرأ على الصباح فقط بل يحصل في أوقات أخرى . اسبابه - الأنواع الخفيفة لهذا المرض ينسبها البعض الى الهيستريا أو الامراض العصبية الأخرى ، والبعض الآخر ينسبها الى انثناء الرحم أو ميله

المرضى الى الأمام أو الوراء أو للأمراض الالتهابية لعنق الرحم . وقد يحدث القى من أسباب أخرى لا علاقة لها بالجل كوجود قرحة معدية ، أو سرطان معدى ، أو عسر هضم مزمن ، أو سرّوز الكبد أو ورم فى المخ . فاذا وجدت هذه الأمراض عند حامل فلا شك فى انها تهيئها لحدوث التسمات الشديدة . ولذا يجب الالتفات لمعالجها من أول الأمر . ويرى بعض المؤلفين أن من الأسباب المحرّضة للقى المستعصى شدة التصاق الأغشية بالرحم . ويوصى فى الظروف التى تستوجب اخلاء الرحم أن يُبدأ أولاً بفصل الأغشية بالأصبع عن القسم السفلي للرحم بمد عمديد العنق ، فربما أدّى ذلك الى الشفاء بغير التجاء الى تحريض الاجهاض .

أما الأنواع الثقيلة فسببها تسم الدم الناشء عن عجز الاعضاء المفترزة للجسم عن تأدية عملها .

الاعراض — يحدث القى باستمرار بحيث لا يستقرّ الأكل فى المعدة مطلقاً . ثم يشتدّ نحول المريضة حتى تصير كهيكل عظام . واذا لم يوقف القى تموت المريضة . ويصحب هذا المرض عادة وجود الزلال فى البول ونقص كمية البول والامساك المستعصى . وينتهى الأمر بارتفاع الحرارة وسرعة النبض مع ضمهفه . أما اللسان فيجف ويتغطى بطبقة سمراء ، وتجمع الأوساخ على الاسنان وتقل كمية البول ويدكن لونه ويحتوى على زلال واسيتون (خلون) وحامض تحت اخليلك ، وربما احتوى على دم أيضاً . وفى آخر الأمر تصاب المريضة بالهذيان ثم تقع فى سبات عميق ينتهى بالوفاة . وفى بعض الأحوال يتحرّض الاجهاض ذاتياً . ولكن كثيراً ما يكون ذلك بعد فوات الوقت فتموت المريضة من الصدمة أو العفونة . ولكن اذا قاومت المريضة هذين العرضين الخطيرين تأخذ الأعراض فى الزوال وينتهى الأمر بشفائها .

العلاج - يجب أولاً البحث عن الأمراض العمومية أو الموضعية التي يمكن أن تكون هي سبب التقيء: كالقرحة المعدية أو السرطان المعدى أو سرور الكبد أو الانثناء إلى الوراء أو تفرح العنق. فإن كانت هذه الأمراض هي المسببة للتقيء أو المحرّضة للتسمم الدموي فالواجب علاجها بما يناسبها. فإن كان الرحم مثنيّاً يُردّ بالحركات المهبيلة البطنية، وتوضع فرزجة مناسبة. وإن وُجد تفرح في العنق يمس بتمرات الفضة ١٥. / كل ٣ أيام. وإذا ظن أن للسستريا دخلاً في الإصابة تُفصل المريضة في غرفة منفردة بعيدة عن الحركة والغواء وترخي الستائر حتى تظلم الغرفة وتُمنع من مقابلة أهلها، وتكأف ممرضة بلازمتها. ويجرب العلاج بالتأثير العصبي بوضع حراريق صغيرة متتقلة وباستعمال الكهرباء وغير ذلك.

أما الأحوال التي سببها التسممات الدموية فتعالج بالامتناع عن الأغذية ما عدا الماء وماء الفيشي لمدة ٤٨ ساعة، وباعطاء مسهل مثل المزيج الأبيض كل ساعتين أو الفلاكابرا ٣٠ جراماً كل ساعتين إلى أن تتلين الأمعاء أربعة أو خمسة مرات، أو يعطى ٣٠. الى ٥٠. من الزئبق الحلو في كبسول (غطاء) من الكيراتين، وذلك لكي يتم امتصاصه في الأمعاء، لأن الكيراتين لا يتأثر بالعصير المعدى. فإن تقيأت المريضة المسهلات التي أعطيت لها يعطى لها حقنة شرجية مركبة من:

سلفات مانيزيا ٤٠,٠٠٠ جرام

منقوع السنّا المكّي لغاية ٦٠٠,٠٠٠ جرام

تعطى على ٣ دفعات كل واحدة منها ٢٠٠ جراماً وبين الدفعة والأخرى ساعة. ويعمل قبل ذلك حقنة من الماء الدافئ والصابون لإخلاء المستقيم، وبعدها يُركّب على المبسم قنطرة رجال وتُدفع في المستقيم إلى أقصى ما يمكن

وتعطى الحفنة المُسهلة نقطة فنقطة حتى يسهل امتصاصها من الغشاء المخاطي للمستقيم . فإذا استمر القيء بعد ذلك يوقف اعطاء الماء من الفم ويستبدل بحقن شرجية من الماء الدافئ المضاف اليه ٥ ٪ من بيكربونات الصودا . ولا يُسمح بنزول السائل الاً تقطاً حتى لا يتنبه المستقيم فيطرده . ويجب أن يوصل الملبسم بقطرة رجال تدفع الى أقصى ما يمكن في المستقيم . فإذا استمر القيء تفصل المعدة بمحلول بيكربونات الصودا ليساعد على تنظيف جدر المعدة مما يكون عالقاً بها من المخاط ، ثم يترك نصف لتر من السائل في المعدة بعد انتهاء الغسل . فإذا لم يتوقف القيء تعطى المريضة نقطة من صبغة اليود في قليل من الماء كل ساعتين ، أو مزيج البزموت وحض السياندريك المخفف . وتوضع ورقة خردل على المعدة . وتمتد المريضة بالحقن الشرجية الغذائية المصنوعة من اللبن المهضوم . وعادةً يظل القيء بعد راحة المعدة يومين أو أكثر . فإذا كان ذلك يُبدأ الغذاء من المعدة بالتدريج بماء الزلال واللبن المهضوم .

تحرّض الاجهاض — النقطة المهمة في تحرّض الاجهاض هي معرفة الوقت المناسب لعمله . ومن رأى هوفبوار أنه اذا أكلت الحامل أوقيتين من الليفيولوز (نوع من السكر) وظهر السكر في البول، فالواجب تحريض الاجهاض لأن هذا دليل على أن الكبد بدأت تتأثر من السموم التي في الدم . ويقول بينار أنه اذا لم ينقص النبض جملة أيام عن ١٠٠ في الدقيقة وبالأخص اذا اصطحب ذلك بهبوط الضغط الدموي فلا يجوز الانتظار . ويرى كثير من المولدين أن دلالات التحريض هي ظهور الحمى ، أو القيء الدموي ، أو اليرقان ، أو البول الزلالي ، أو ظهور الاسيتون أو الانديكان في البول . ولكن لايجوز الاعتماد على واحدة من هذه الدلالات فقط ، بل يجب مراقبة الحالة وملاحظة

التحسين بتأثير العلاج قبل البت في الأمر . فإذا لم يفلح العلاج فالواجب تحريض الاجهاض . ويجب الحذر من عدم التماهى في العلاج التخفيفى الى أن تسوء صحة المريضة لدرجة لا ينقذها منها الاجهاض . وفي تحريض الاجهاض يجب اختيار الطرق السريعة . مثل تمديد العنق باقلام اللاميناريا لمدة ٦ ساعات ، ثم يُكْمَل التمديد باستعمال ممدات هيجار . ثم تفصل البويضة بالأصبع وتُخْرَج بحف البويضة . ويُعْمَل الكحت بالمعلقة الكالة ان لم يمكن ادخال أصبع في العنق ، أو اذا كانت البويضة ناقصة .

✽ البول الزلالى ✽

أهمية ظهور الزلال فى البول هو أنه يدلنا على حدوث التسمم الدموى . ويكون وجوده غالباً مصحوباً بتورم الساقين أو القدمين فقط ، والفرج ، وبانتفاخ الجفون ، وكثيراً ما يتسبب عنه حدوث الولادة المعجلة ووفاة الجنين أو حدوث الاكلسيا . ووجود الزلال مثل باقى التسمات الدموية أكثر حدوثاً فى البكرات منه فى المتكررات .

أسبابه — يحدث البول الزلالى مدة الحمل من التهاب الكلى . وقد قسمه العلامة درسن الى أربعة أنواع : —

- (١) البول الزلالى الحلى .
- (٢) البول الزلالى الحلى المنتكس .
- (٣) الالتهاب الكاوى الحلى الحقيقى .
- (٤) الالتهاب الكاوى المزمن .

(١) البول الزلالى الحلى — التغيرات التى تحدث للكلى فى هذا المرض تنحصر فى الارتشاح الشحمى للبشرة المخاطية . ويحدث ذلك من نقص الدم

الناتج عن تشنج الشرايين الكلوية الذي تحدثه منبهات منعكسة عن المسالك التناسلية . وارتشاح الخلايا بهذه الكيفية يسمح بمرور الزلال في البول وينقص كمية البول حتى انه يسبب انقطاع افراز البول بتاتا في بعض أحوال هذا المرض .

الأعراض — تبدأ الأعراض في الظهور في الشهور الثلاثة الأخيرة للحمل . وتختصر في الصداع ، والقيء ، وايدتما الأطراف والوجه وباقي الجسم . أما البول فتتقص كميته وتكثر كمية الزلال فيه ويحتوى على اسطوانات وخلايا بشرية كلوية وبعض كريات دموية .

المعالجة — هذا المرض يمرض الحوامل للاصابة بالاكلسيا اكثر من أى مرض كلوى آخر . وستذكر معالجته في الكلام على المعالجة الواقية من الاكلسيا . وفي هذا المرض قد ترجع الكلى الى حالتها الأصلية بعد الولادة أو يتحول المرض الى الالتهاب المزمن .

البول الزلالي الحلى المتكس — ويطلق على أحوال البول الزلالي في الحوامل في أشهرهن الأولى الذى يزول بعد الولادة ولكن يعود في الحمل التالى . وهذا النوع يمرض الحوامل للاجهاض غالبا ، ولكنه ليس مهيئا لحصول الاكلسيا . أما طرق علاجه فكملاج المرض السابق .

(٣) و (٤) الالتهاب الكلوى الحقيقى والالتهاب الكلوى المزمن — يختلف هذان المرضان في أن أولهما يصيب الحوامل بعد حدوث الحمل ، أما الثانى فيكون موجودا قبل الحمل .

الأعراض — هذان المرضان يسببان نقص كمية البول ووجود زلال فيه . وهما لا يهيئان المريضة للاصابة بالاكلسيا ، ولكنهما يسببان

الانفصال المعجل للمشيمة ، وموت الجنين ، و حدوث التهاب شبكية العين والتزيف المخي .

المعالجة - علاجه كعلاج البول الزلالى الحمل . أما فى الأحوال التى تحدث فيها قشعريرة وتزف فى شبكية العين ، وانقطاع افراز البول ، فالأفضل تحريض الولادة المعجلة .

❖ الاكلسيا ❖

الاكلسيا مرض يصيب الحامل والنفساء ، ويتصف بحدوث تشنجات شبيهة بالتشنجات الصرعية . ويصيب الحوامل عادة إما قبل المخاض أو فى أثنائه . ولكنه قد يحدث فى أى وقت من أوقات الحمل بعد الشهر السادس . وهو نادر الحدوث فى أثناء النفاس .

يرى تويدي وهو من أكبر الثقات فى الاكلسيا أنها تكون أشد خطراً اذا أصابت الحوامل فى أثناء المخاض ، وأقل خطراً اذا حدثت قبل المخاض ، ومتوسطة الخطر اذا حدثت فى النفاس . ويخلص النتائج التى حصل عليها فى مستشفى روتاندا فيما يأتى : -

(١) ان الاكلسيا كغيرها من تسمات الحمل اكثر حدوثاً فى بكرىات الولادة منها فى متكرراتها .

(٢) انها أكثر نسبياً فى الحمل التوائى منها فى الحمل الفردى .

(٣) انها يكثر حدوثها (فى ارلاندا) عند ما يكون الطقس رطباً بارداً . وانه لاحظ تكرار حدوث جملة أحوال بصفة تكاد تكون وبائية فى مدد متقاربة جعلته يظن انها ربما كانت مرضاً مكرورياً .

(٤) أن وفاة الطفل قبل ولادته أو فى أثنائها يحسن فرصة الأم فى الشفاء غالباً .

(٥) أن البول الزلالى يسبق التشنجات فى أغلب الأحوال وانه يتبعها دائماً ان لم يكن موجوداً من قبل (أى يكون موجوداً فى البول بعدها بلا استثناء) .

(٦) انه كلما زاد عدد النوبات اشتد الخطر على الأم والجنين .

(٧) أن المريضة ربما ماتت بعد عدد قليل من التوب، وربما نجت بعد ثلاثين نوبة تشنجية .

(٨) أن المريضة التى تشفى من الاكلسيا تشفى من البول الزلالى أيضاً وانه عادةً لا تصاب بها فى حوالها التالية .

(٩) أن انفجار جيب المياه قد يسبب تحسناً فى حالة المريضة فى بعض الأحوال . وأن السبب فى ذلك ربما يكون تصرف السائل الأميوسى .

التشريح المرضى — أهم التغيرات التى توجد فى الأحشاء الباطنية هى وجود مسافات متكرزة (ميتة) فيها ، وبعض انزفة صغيرة تحت غلافات هذه الاحشاء . وهذه التغيرات تكون أكثر وضوحاً فى الكبد والكلى منها فى الطحال والبنكرياس والمخ والرئتين . ومما تجب ملاحظته أن الجنين والمشيمة أيضاً تطراً عليهما تغييرات شبيهة بالتغيرات التى تطراً على الأحشاء البطنية . وقد ينسكب الدم فى أنسجة الرئتين ، أو تجويف البريتون أو المعدة ويسبب الوفاة . ومما لوحظ أخيراً فى هذا المرض هو أن الغدة الدرقية التى تتضخم عادة مدة الحمل تضمر عند المصابات به .

الاسباب — تنشأ الاكلسيا من عاملين مهمين : —

(١) تسمح المراكز المصبية بمواد سامة يحملها لها الدم وتنشأ من أمرين : —

(١) تجمع السموم الطبيعية في الدم لعجز الكبد والكلية عن افرازها بسبب الأمراض التي تنتابها .

(٢) ازدياد افراز السموم الطبيعية ، أو تكون سموم غير طبيعية ، إما في الأم أو في الجنين . ثم أن هذه السموم في أثناء انقرازها في الكلية تسبب التهاباً كلوياً يترتب عليه وقوف افراز البول وتجمع السموم في الدم .

(ب) العامل الثاني هو ازدياد تهيج المراكز العصبية الناشئة عن أمرين أيضاً : -

(١) ازدياد التنبيه العصبي من مؤثرات طبيعية كما يحدث في الهيستريا والصرع .

(٢) ازدياد تهيج الأعصاب من مؤثرات شديدة كسر الولادة ، وازدياد أوجاع الطلق ، وصفر السن أو كبرها عند بكرات الولادة .
الاعراض - تنقسم أعراض هذا المرض الى أعراض منذرة ، وأعراض المرض نفسه .

(١) الأعراض المنذرة - هي الأعراض التي تحدث عند ابتداء تسمم الدم وأهمها أوجاع الرأس ، والدوار ، وظهور اشعة نور أمام العينين ، والحكة ، والحمول ، وحدة الخلق ، والأرق ، والامساك وايدى الأطراف وانتفاخ الاعين والبول الزلالى .

فاذا شكت الحامل في شهر من أشهر الحمل الاخيرة من احدى الاعراض السابقة فالواجب فحص بولها حالاً لمعرفة ما اذا كان محتويًا على زلال أو لا . ومن المهم جداً ملاحظة هذه الأعراض بمجرد حدوثها ، فانها اذا عولجت بمجرد ظهورها توقف حدوث الاكلسيا .

النوبة الكلسمية - تشابه نوبة الاكلسيا نوبة الصرع تماماً فتبدأ

بتشنج مستمر يدام المريضة فجأة فتفقد الشعور وتخشب، وإن كانت واقفة تسقط بشدة على الأرض، وتقلص كل عضلاتها ويحمر وجهها، ويختن، وتنقبض يداها وفكها، وقد تعض لسانها ويثبت صدرها، وتنتشي ذراعاها وتخشب ظهرها، ولا يتقوس إلا نادراً. ولا يدوم هذا الدور إلا برهة قصيرة لا تزيد عن ٣ ثوانٍ، ويتلوه دور التشنجات المتقطعة. فبعد أن كانت العضلات ثابتة ومتخشبة تأخذ في الحركة السريعة الفجائية، فتتحرك عضلات الوجه تحركاً سريعاً، وتنفس المريضة تنفساً قصيراً متقطعاً. وتحرك الأطراف العليا تحركاً شديداً فجائياً وغالباً لا تشترك الأطراف السفلى في ذلك، ويدوم هذا الدور من دقيقة إلى اثنتين قد تموت المريضة في أثنائها، فإن نجت تعود النوب المتقطعة وتقع المريضة في سبات (كوما) فترتخي العضلات. وتنفس المريضة تنفساً شخيراً. وفي أثناء النوبة تفقد المريضة الشعور وتغيب حركات العين المنعكسة. ويختن الوجه ويتورم ويجمع الزبد في الفم والمسالك التنفسية فيضيق التنفس.

وغالباً يتحول السبات إلى نوم عميق تقوم منه المريضة مشتكية من صداع شديد وذبول قليل. وفي بعض الأحوال لا تعود النوبات ولكنها كثيراً ما تتكرر، ويكون بينها مسافات طويلة أو قصيرة. وقد تتتابع بغيز إن تنبه المريضة بين النوب. وكلما تكررت النوب ضعفت فرصة المريضة في الشفاء. **التشخيص** — تلبس الأكلسيا بالصرع، والهستيريا، والكوما الكحلية، وأمراض المخ والسحايا. إنما إذا وجد التباس في نوع التشنجات عند حامل مصابة بالبول الزلالي تعتبر مصابة بالأكلسيا إلا إذا ثبت العكس.

المضاعفات — أهمها أيديما الرئتين ووقوف حركة القلب، والنزيف في المخ. **المعالجة** — تنقسم المعالجة إلى قسمين معالجة واقية، ومعالجة شافية.

المعالجة الوقائية — وتُفعل لكل الحوامل المصابات بالبول الزلالى وتختصر في جعل غذائهن مقصوراً على اللبن مادام البول محتوياً على زلال وما دامت كيته قليلة . وقد ثبت من لبحاث العلامة تارنييه ان الحوامل المصابات بالبول الزلالى لا يُصَبَّن بالأكلisia اذا قُصِرَ غذاؤهن على اللبن مدة اسبوع . وفي الأحوال التي لا يزول فيها الزلال بعد اسبوعين من الغذاء اللبنى يمكن أن يضاف الى الغذاء قليل جداً من اللحوم البيضاء كالسمك والخضراوات من وقت لآخر .

وهناك نقطة في منتهى الأهمية في المعالجة الوقائية من الاكلisia وهي تليين الامعاء بانتظام يومياً بتعاطى مليئات كالحبوب الملية النباتية (تركيب بارو ولكم) أو حبوب الحنظل والبنج . ويلزم ان نجعل الغذاء مناسباً لكمية البول فان زادت الكمية نسمح للمريضة بغذاء اكثر والعكس بالعكس . فاذا وجدنا كمية البول نقصت نقصاً كبيراً يعطى للمريضة ٦٠ سنتجراماً من الزئبق الحلو مع ٤ جرامات من مسحوق الجلبة المركب ، وتتبع بعد ٦ ساعات بحقنة شرجية اذا اقتضى الأمر . ثم يعمل حمام ساخن تُلف المريضة بعده في ملاءة صوف لتعريقها . فاذا لم تُجِدْ هذه المعالجة نفعاً تفعل لها المعالجة الشافية .

المعالجة السّاقية — تنبنى هذه المعالجة على الأمور الاربعة الآتية :-

(١) أن استطالة الولادة خطرة على المصابات بالاكلisia . ولذلك فتنى تمددت القووه الظاهرة يلزم تخليص الجنين صناعياً .

(٢) أن الاكلisia مرض يتسبب من تجمع السموم في الدم الناشئ عن ازدياد افرازها مدة الحمل . فلذلك تجب مساعدة ايقاف تكوّن السموم

(٣) ان في هذا المرض تكون الاعضاء المفرزة للجسم وهى الكلى والكبد والامعاء والجلد كلها مريضة ، فلذلك تجب مساعدتها على الافراز .

(٤) معالجة الاعراض والمضاعفات بمجرد ظهورها .

(١) تخليص الجنين من اسكن ذلك - لا يستحسن في هذه الأحوال تحريض الولادة المعجلة ، بل ينتظر الى ان تتمدد الفوهة الظاهرة وينحسر الرأس ثم يوضع الجفت . أو يفعل التحويل القدي . فاذا لم تقف النوب بالرغم من المعالجة أو اذا أخذت النوب في الاشتداد فالأفضل تحريض الولادة . فان كانت الوالدة بكرية ولم يكن العنق ممتدداً فالأفضل عمل العملية . أما لو كانت الوالدة متكررة الولادة وأتقى العنق ولم يتمدد ، يُمدد بممد فرومر ثم يوضع الجفت .

إيقاف تكوره السموم - يقوم ذلك باربعة أشياء :-

(أولاً) يمنع الوالدة من الاكل بتاتا الى أن تزول النوبات . ولا خوف على المريضة من الموت جوعاً ، فان النوب يندران تستمر ثلاثة أيام وهي مدة يمكن أن تصومها المريضة بدون ضرر كبير .

(ثانياً) تحريض الولادة المعجلة . وهذه المعالجة مبنية على أن المشيمة هي المنبع الذي تفرز منه السموم المسببة للاكلسيا . ولكن تحريض الولادة المعجلة خطر لأنه يسبب صدمة شديدة قد تموت المريضة بسببها . زد على ذلك أنها قد تسبب الحى النفاسية .

(ثالثاً) بتعاطى مركبات المورفين فانها تبطل أو توقف تمثيل الأغذية ثم انها تضعف تهيج المراكز العصبية وتساعد على إيقاف النوب في حين انها لا تضعف حركة القلب ولا تعطل افراز الكلى .

(رابعاً) غسيل المعدة لإفراغها من الغذاء .

(٣) مساعدة الاعضاء المفرزة على نادرة وظيفتها . - ويقوم ذلك

بخمسة اشياء

(اولاً) بتعاطي المسهلات لانها تساعد كثيراً على افراز السموم من الجسم .

(ثانياً) بالتمريض ويقوم بعمل الحمامات الساخنة ولف المريضة بعد ذلك ببطانية

(ثالثاً) بمساعدة الكلي على الافراز بتعاطي مدرات البول .

(رابعاً) بالفصد . ويستنزف عادة ٢٥٠ جراماً من احد الاوردة . ولكن هذه المعالجة هجرت تقريباً . وفائدتها تنحصر في تخفيض ضغط الدم ولا تعمل الا اذا كان الضغط مرتفعاً .

(خامساً) بحقن لتر من محلول الجلوكونز العقيم إما تحت الجلد أو في الاوردة مباشرة لتخفيف السموم .

(٤) معالجة الاعراض والمضاعفات

(اولاً) النوب التشنجية . وتعالج إما بالكوروفوم أو الكلورال ، أو المورفين . والمورفين أحسنها لأنه لا يضعف حركة القلب كما يفعل الكوروفورم والكلورال .

(ثانياً) وقوف حركة القلب . ويمكن ملافاة ذلك بالحقن بالديجيتالين ، والكونيالك تحت الجلد .

(ثالثاً) ضعف الرئتين الناشئ عن المعالجة بالمورفين ويمكن منع حصوله باضافة نصف مليجرام اتروپين الى كل ثلاثة سنتيجرامات مورفين .

كيفية السير في المعالجة - أول النقط العلاجية وأهمها هو تخليص الجنين صناعياً متى تمددت الفوهة الظاهرة تمدداً كافياً . أما السير في المعالجة فكما يأتي : - متى شخصنا وجود الاكلسيا تحقن المريضة تحت الجلد بثلاثة سنتيجرامات من المورفين مع نصف مليجرام من الاتروپين . فادالم تقف

النوبات يحقن سنتيجرام ونصف من المورفين مع ربع مليجرام أتروبين بعد مضي ساعتين . ثم تكرر الحقنة الأخيرة كل ساعتين على شرط ألا يعطى أكثر من ١٢ سنتيجراماً من المورفين في الأربع وعشرين ساعة . فإذا لاحظنا أن التنفس صار بطيئاً جداً توقف المورفين لأن ذلك دليل على تسمم الجسم به . ثم إذا كانت المريضة قادرة على البلع تعطى ستة جرامات من مسحوق الجلبة المركب وتسقى بمقادير وافرة من الماء .

أما إذا كانت فاقدة الشعور فيفعل لها غسيل المعدة بمقادير كبيرة من الماء الدافئ . ومتى انتهينا من الغسيل نترك ربع لتر من الماء في المعدة ثم نسكب فيها أيضاً ٥٠ جراماً من زيت الخروع وثلاث نقط من زيت حب الملوك . ونسكب بعد ذلك مقداراً قليلاً من الماء الساخن لنفسل الأنبوبة ومرور الزيت بأجمعه الى المعدة .

ثم ننوم المريضة على جانبها ونأثى بأنبوبة من الكاوتشوك وندهنها بالجلسرين وندفعها الى المستقيم الى أقصى ما يمكن ، وعلى كل حال لا يكون ذلك أقل من ٢٥ سنتيمتراً . ويساعد على دخول هذا المقدار أن يسمح الماء بأن ينزل منها وقت ادخالها لأن ذلك يمدد المستقيم . ثم نفسل الامعاء بمقادير كبيرة من الماء الساخن الى أن يعود الماء نظيفاً وعند ذلك نترك نصف لتر من الماء فيه . ثم نحقق لتراً من محلول الجلوكونز ٥ ٪ تحت الجلد .

وبعد ذلك نصرف اهتمامنا الى معالجة الاحتقان الكلى فنضع لبخات ساخنة على القسم القطني كل ساعتين . فإذا وجدنا أن المريضة فاقدة الشعور تماماً نحققها بنصف لتر من محلول ملحى تحت جلد الثدي ونردفه بنصف لتر آخر إذا استمر الحال مدة ثمانى ساعات . ثم نمرّر قسطرة في المثانة ونفيس كمية البول التي تنزل . ومن المهم ملاحظة ابقاء المريضة على جانبها لا على

ظهرها خوفاً من مرور اللعاب الى الرئتين واختناق المريضة به : ثم نلاحظ وضع مبعّد الفك بين الأسنان أثناء النوب لمنع المريضة عن عض لسانها . واذا لم يوجد مبعّد للفك يستعاض بيد ملقعة ملفوف عليها منديل . فاذا وجدنا أن القلب أخذ يضعف نحققها بكنياك من ١٠ الى ٢٠ نقطة تحت الجلد ثم نحققها بنصف مليجرام ديجيتالين أيضاً .

أما اذا لم تحرك الامعاء بعد ست ساعات فيفعل لها حقنة شرجية فاذا منضت ست ساعات أخرى ولم تنفوط تعطى مسهلاً آخر بالطريقة السالف ذكرها . ويجب أن تتولى تمريض المصابة ممرضة معتدرة متعودّة على عمل التنفس الصناعى وقت الحاجة .

المعالجة بعد زوال النوب — يظهر أن اللبن في أى شكل يضر المصابات بالاكسسيا ضرراً بليغاً . فن المناسب أن يبدأ الغذاء بماء الزلال ومزق الأرز بعد زوال النوبة مدة أربع وعشرين ساعة ثم تضاف الأغذية اللبنية تدريجياً .

✽ سيلان اللعاب ✽

سببه اللعاب — هو من العلامات الأكدية لتسمم الدم ، وهو غير خطر في ذاته ولكنه يسبب مضايقة شديدة للمريضة . والمريضات به يكنّ عادة عصبيات المزاج . ولا يسيل اللعاب عادة في أثناء النوم ، ولكنه يشتد قبل تعاطى الطعام وعند النوم .

المعالجة — اذا امتنعت المريضة عن الطعام ، ما عدا الماء وماء الفيشى ، ثماني وأربعين ساعة تشفى حتماً . وتجب ملاحظة تليين الامعاء بانتظام وتمنع من استعمال المناديل وتؤمر بابتلاع اللعاب لأن وجود المناديل في يد المريضة يحرض سيلان اللعاب .

﴿ ازدياد مائة الدم ﴾

في هذا المرض تحدث ايديا في الساقين والفرج ولكن لا تصطبج بوجود الزلال في البول .

أعراض - يبدأ المرض في الشهور الأخيرة للحمل وقد تشتد الأيديا لدرجة تمنع المريضة عن المشي . وقد يتوتر الجلد لدرجة تجعله عرضة للتمزقات الشديدة وقت الولادة .

العلاج - تراعى القوانين الصحية فيما يتعلق بالغذاء والنوم والرياضة المعتدلة ان لم يكن التورم كبيراً . ويفحص البول كل أسبوع خوفاً من ظهور الزلال . وتعطى للمريضة ملينات يومية ، وتؤمر بتعاطي مقادير كافية من السوائل وتغذى بالأطعمة الكثيرة الغذاء السهلة الهضم . ويعطى لها أدوية مقوية كالحديد وخلاصة الشعير Maltine . ويحتشد في أن تكون أغذيتها خالية من الملح على قدر الامكان . فان زاد التورم تلازم الفراش وان تمدد الجلد كثيراً يُبَطِّى في أمكنة متعددة بابر عقيمة مع ملاحظة أدق طرق التعقيم .

﴿ الأنزفة ﴾

قد تحدث أنزفة من المعدة والأنف في أيام الحمل الأخيرة اذا كانت الماخض مصابة بتسمم دموى أو اذا كان الجنين ميتاً في بطنها .
العلاج - اذا لم يمكن إيقاف النزف بالطرق العادية تُعرض الولادة .

﴿ أسباب الوفاة الفجائية مدة الحمل ﴾

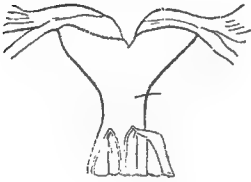
قد تحدث الوفاة فجأة مدة الحمل من أسباب لا علاقة لها به مثل أمراض القلب والسكتات والأنزفة المخية . وقد تحدث الوفاة من أمراض لها علاقة بالحمل مثل انفجار حمل خارج الرحم أو حدوث نزف عارضى باطنى أو خارجى ، أو من الاندغام المريب للشيمة . وفي أحوال نادرة قد ينفجر الرحم من تمزق أثره التحام عملية قيصرية سابقة .

فصل الخامس عشر

﴿ التشوهات الخلقية ، والأوضاع المرضية للرحم الحامل ﴾

(التشوهات الخلقية للرسم والمهبل)

لسهولة فهم هذه التشوهات يجب أن نشير باختصار الى كيفية تكوّن المسالك التناسلية عند الجنين .



(شكل ١٣٥)
الرحم ذو القرنين (شرودر)



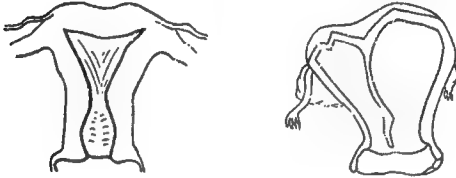
(شكل ١٣٤)
المهبل والرحم المزدوجان

يبدأ ظهور المسالك التناسلية عند الجنين على هيئة قناتين — هما قناتا مولر — يسيران على جانبي العمود الفقري . ثم انب هاتين القناتين يتحدان الواحدة بالأخرى في جزئيهما السفليين . ثم يزول الحاجز الذي يفصل الواحدة عن الأخرى . أما الجزءان العلويان لهما اللذان لم يتحدا فيكوّنان البوقين . أما جزأهما السفليان اللذان اتحدا فيكوّنان الرحم والمهبل . وعلى ذلك فيكون كل من البوقين مع النصف المقابل له من الرحم والمهبل متكوّناً في الأصل من قناة واحدة . اذا فهمنا ذلك يسهل علينا فهم التشوهات الخلقية الآتية وهي :

(١) ان الجزءين السفليين لقناتي مولر يتحدان الواحد بالآخر ولكن

لا يزول الحاجز الذى بينهما . فينشأ عن ذلك رحم ومهبل مزدوجان (انظر شكل ١٣٤)

(٢) ان القناتين لا تتحدان إلا من ابتداء العنق فما دون . فينسب عن ذلك ما يسمى بالرحم ذى القرنين (انظر شكل ١٣٥)



(شكل ١٣٦) الرحم ذو الحاجز . (شكل ١٣٧) الرحم القلبي الشكل .

(٣) ان القناتين تتحدان ولكن إما أن لا يزول الحاجز بين نصفى الرحم فقط فيسبب ما يسمى بالرحم ذى الحاجز (انظر شكل ١٣٦) ، أو لا يزول الحاجز بين نصفى المهبل فقط فيسبب ما يسمى بالمهبل ذى الحاجز . (٤) ان احدى قناتى مولر تنمو نموها الطبيعى وتبقى الأخرى على الحالة

الاثريّة ، فتسبب ما يسمى بالرحم ذى القرن الواحد (انظر شكل ١٣٨)
أو أن يبقى انبعاث في قبة قاع الرحم في محل تقابل القناتين فيسبب ما يسمى بالرحم القلبي الشكل (انظر شكل ١٣٧) . ويشترط لحصول الحمل فى الرحم المنشوّه خلقياً أن يكون أحد نصفيه على الأقل نامياً نمواً تاماً . وفى الأحوال التى يحدث فيها الحمل فى رحم منشوّه تنشأ ضاعفات كثيرة أهمها الآتية : -

- (١) الاجهاض وهو قليل الحدوث .
 - (٢) المخاض البطيء . وسببه النمو غير الكامل للالياف العضلية الرحمية
- (٣٩)

أو اعاقة النصف غير التام نموه لنزول الجنين .
(٣) النزف بعد الولادة ، واحتباس المشيمة خصوصاً اذا كانت ملتصقة بالحاجز .



(شكل ١٣٨) الرحم ذو القرن الواحد (كورنى)

أما اذا حدث الحمل فى الجزء الأثرى للرحم ذى القرن الواحد فيعتبر الحمل كأنه خارج الرحم ويعالج بمثل علاجه .

﴿ الأوضاع المرضية للرحم الحامل ﴾

الاششاء الى الامام المرضى - وهو اما خلقى ، أو نتيجة التهاب حوضى ويندر أن يحدث اعراضاً متممة خلاف تهيج المثانة وتكرار البول . أما اذا كان السبب أثره التحام عملية سابقة فاما أن يزول الالتصاق بنمو القاع فتشفى المريضة ، واما أن لا يزول الالتصاق . فنمو القاع يجذب العنق الى فوق تدريجياً ، ويبقى الجزء من القاع الملتصق بالمهبل امام العنق وأسفله مكوثاً لقعر كيس ، بينما ينمو الجدار الخلقى للرحم نمواً كافياً لكي يسهل الجنين . فتى ابتداء المخاض يندفع الجنين فى قعر الكيس السابق ذكره ، بدلاً من أن يندفع على الفوهة الباطنة ، فينبئ على ذلك ان العنق لا يتدد وان الرحم يتمزق .
المعالجة - تنحصر فى تمديد العنق صناعياً ووضع الجفت . فان لم يمكن تمديد العنق تفعل العملية القيصرية .

المهبل الى الامام المرضى - هو مرض كثير الحدوث فى اشهر الحمل

الأولى ويسبب وتشد ازدياد الضغط في المثانة . وقد يحدث أيضاً في أشهر الحمل الأخيرة في أحوال ضيق الحوض أو الحمل التوأمي . ففي ضيق الحوض يندفع الرحم الى فوق خارج الحوض لعدم تمكن الرأس من الانحشار فيسقط الرحم الى الامام على جدر البطن التي ترتخي . فينشأ من ذلك حدوث المجىء المعيب .



(شكل ١٣٩)

حالة رحم حامل سبق تثبيتته لجدر البطن قبل الحمل . لاحظ موضع عنق الرحم (دى ل)

المعالجة — تربط البطن برباط متين وتؤمر الوالدة بالاضجاع على ظهرها في أثناء المخاض الى أن ينحشر الرأس .

الميل والانتقاء الى خلف — كثيراً ما يحدث الحمل في الرحم المائل أو المنثنى الى الوراء ، وينتهي عادة باحدي اربع طرق : —

(١) **الدمهاض** - وهو كثير الحدوث خصوصاً لأن الانثناء والميل الى الوراء يكونان مصحوبين عادة بالتهاب رحمى باطنى يساعد على حدوث الاجهاض .

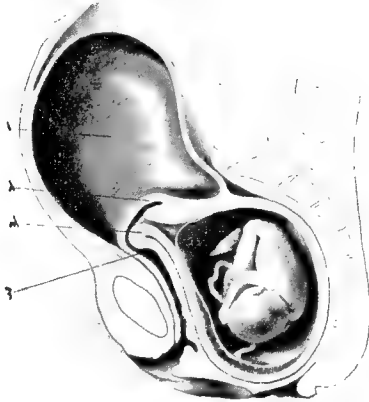
(٢) **الانصرال** - وفيه ينعدل وضع الرحم من نفسه متى تقدم سير الحمل .

(٣) **نمو الجدار المقدم للرسم** - وهو نادر الحدوث جداً ويحدث فى الاحوال التى يكون فيها قاع الرحم ملتصقاً الى الوراء . وهى عكس ما يحدث فى الانثناء الى الامام الرضى الناشئ عن أثره التحام . وفيه يبقى قاع الرحم ملتصقاً بقعر كيس دوجلاس . ولكن الجدار المقدم للرحم ينمو نمواً كافياً ليسع الجنين فينتج ذلك انه فى نهاية الحمل يتكون قعر كيس وراء العنق يندفع فيه رأس الجنين ، والمعالجة فى هذه الأحوال تنحصر فى تمديد العنق صناعياً ، ووضع الجفت . فان لم يكن تمديد العنق تفعل العملية القيصرية .

(٤) **انقباض الرسم فى الحوض** - وفيه يحتبس الرحم الحامل المائل الى الوراء فى تجويف الحوض . ويساعد على حدوثه وجود ضيق فى الحوض خصوصاً اذا كانت الزاوية العجزية القطنية شديدة البروز . وهو من الأمراض الخطرة جداً ومن المؤكد انه يقتل المصابة به الا اذا عدل وضع الرحم أو حُرّض الاجهاض .

الاعراض - تحدث كلها من ضغط الرحم على الاحشاء المجاورة . فمن ضغطه على المثانة يحدث تهيجاً مثانياً فيعسر التبول ويتكرر . ومن ضغطه على الأعصاب يحدث ألماً فى الساقين ، ومن ضغطه على الأوردة يحدث تورماً فى الساقين والفرج . ومن ضغطه على المستقيم يحدث امساكاً وألماً شديداً . واذا اشتد ضغطه على المثانة ينحصر البول وتمدد المثانة ثم يبدأ البول بالتزول نقطة فنقطة . فاذا أهملت المريضة علاج نفسها تلتهب المثانة ويُسبب ضغط

البول ضغطاً شديداً على جدرها وقوف دورة الدم فيها فتموت وتنقب المشاة أو تنفجر ويرتشح البول في الأنسجة الخلوية أو في البريتون .
فاذا دُحى الطيب الى المريضة وتشدّ يحد وربما في البطن قد يظنه خطأ الرحم الحامل . ولكنه متى أجرى فحصاً مهبلياً يجد أن قعر كيس دوجلاس



(شكل ١٤٠)

احتباس الرحم الحامل المنقى الى الوراء في الحوض

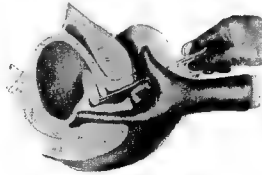
- | | |
|-------------|-----------------------------|
| ١ — المثانة | ٢ — قعر الكيس المقدم |
| ٣ — المنق | ٤ — قعر الكيس الخلفي (بـ) |

مملوء بورم ، وان هذا الورم ممتد الى الأمام وضاعط على العانة . ثم أنه يجد أيضاً أن العنق منجذب الى فوق ومنضغط على العانة ، وقد يجده مرتفعاً الى أعلى العانة بحيث لا يمكن الاحساس به . أما الصماخ البولي فقد يكون منجذباً الى فوق لدرجة تجعل الوصول اليه شديد الصعوبة .

التشخيص — قد يلتبس احتباس الرحم بقليلة دموية في قعر كيس

ذو جلاس. ويتميز عنها بعدم الاحساس بالرحم مدفوعاً وراء العانة، وبأن تاريخ المرض لا يدل على سابق حدث نزف باطنى ويتوتر الغشاء المخاطى المهبلى فى قعر الكيس المقدم. وبأن الفوهة الظاهرة تُطل إلى الأمام وإلى الأعلى وليس إلى أسفل. ويلتبس أيضاً باندفاع الرحم وراء العانة لوجود ورم لبنى كبير وراءه. ويتميز عنه بأن الأورام الليفية تصطبغ بنزف رحمى وليس بانقطاع الطمث كما يحدث فى الرحم المحتبس، وبعلامات الحمل الأخرى وباتجاه العنق إلى الأعلى وإلى الأمام وليس إلى الوراء.

الغالب — متى علمنا من العلامات السابقة أن الورم المتكون فى البطن هو المثانة المتمددة، فأول شئ نفعله هو أن نقطر المثانة لاختلاؤها من البول. فإذا وجدنا صعوبة فى تمرير القطرة والمریضة على ظهرها تأمرها بالانكباب على ركبتيها وصدرها ثم نحاول تمرير قنطرة رجال من صمغ مرن رقم ١٠



(شكل ١٤١)

كيفية عدل الرحم الحامل المتنفذ إلى الوراء .

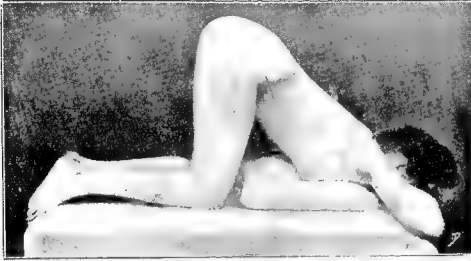
والمریضة فى هذا الوضع. ويجب اتباع أدق طرق التعقيم لأن أنسجة المثانة تكون شديدة التعرض للتعفن والالتهاب. وكثيراً ما يحدث أنه بعد مرور القطرة فى المثانة لا يخرج منها البول، إما بسبب انسدادها بقطع ميتة من الغشاء المبطن للمثانة، أو تكون القطرة قد دُفِعت فى نسيج المثانة الذى ألانة الالتهاب وليس فى التجويف. وفى هذه الحالة تُخرج القطرة وتُمرَّر

ثانية ، ويكون اخراجها تدريجياً فانه كثيراً ما ينزل البول اذا تمدت القشطرة نقطة معينة تكون مركزاً للالتهاب . فاذا استحال قشطرة المريضة تَبَطَّ المثانة بادخال ابرة بازلة في أعلى العانة بسنتيمتر ، على الخط المتوسط . ومتى أتمنا عمل ذلك نحاول عدل وضع الرحم مع اعطاء المريضة كلوروفورماً اذا اقتضى الأمر . فاذا أمكن عمل ذلك نضع فرزجة في المهبل ونوجه التفاتنا الى معالجة المثانة الملتهبة . وكيفية عدل الرحم هي أن تؤمر الحامل بالنوم على ظهرها ونُمسِك الشفة الخلفية للعنق بحفت ذى مشبكين ونضع أصبعين في المهبل ونحاول أن ندفع بهما القاع الى فوق بالضغط عليه من قعر كيس دوجلاس . فاذا لم ننجح ندخل أصبعاً أو أصبعين في المستقيم وندفع بهما الرحم الى الأعلى أو الى أحد جانبي الزاوية العجزية القطنية حيث يوجد متسع أكبر ، ونستمر ضاغطين بالأصابع مدة بضع دقائق . فان لم نفلح نعيد الكرة بعد ٢٤ ساعة . فاذا لم ننجح في ذلك فالأفضل تحريض الاجهاض . فاذا وجدنا أنه من شدة انجذاب العنق يصعب ادخال آلات فيه ، نأتي بآلة بازلة دقيقة وندفعها في الرحم ثم نسحب قليلاً من السائل الأمنيوسي ، وهذه الطريقة تحرض الاجهاض بكل تأكيد ، وهي خالية من الخطر اذا فعلت مع الاعتناء التام بالتعقيم . وأحسن من ذلك فتح البطن وعدل الرحم وتعليقه في بريتون الجدار المقدم للبطن بعد فصل الالتصاقات .

أما اذا ترك هذا المرض بلا علاج فلا محالة من موت المريضة إما من تفنر جدر الرحم أو من انفجار المثانة الذي يسبب التهاباً بريتونيا عفناً .

سقوط الرحم الحامل — من النادر حدوث الحمل في الرحم الساقط سقوطاً من الدرجة الثالثة ، ولكنه قد يحدث اذا كان السقوط من الدرجة الأولى أو الثانية أعنى اذا كان العنق وحده بارزاً من الفرج . وفي هذه

الأحوال ياتهب العنق وتتضخم جدره ويتغطى سطحه بالقرحات، فتى أنى
المخاض لا ينجى العنق الآ بصعوبة كبيرة وربما تسبب عن ذلك تمزق الرحم.



(شكل ١٤٢)

الوضع الركي الصدرى لمعالجة الرحم الحامل المثنى الى الوراء .

والمعالجة - تنحصر فى دفع العنق الساقط داخل المهبل ووضع فرزجة. فاذا كان
العنق صلباً من الالتهاب أو اذا وجدت عليه تقرحات تُفعل زروقات ساخنة
وتوضع تحميلة من القطن المشبع بالجليسرين لتلين العنق . وكثيراً ما تستوجب
الحالة عمل الشقوق الجانبية للعنق ثم خياطتها بعد الولادة .



الفصل السادس عشر

✽ أمراض الساقط وأغشية البويضة ✽

السيهر المائي الحملي .

ويطلق على الأحوال التي يسيل فيها افراز مائي من الرحم مدة الحمل .
الأنواع - ينشأ السيلان المائي مدة الحمل من سببين مختلفين : الأول
من تجمع سائل بين الأغشية وجدر الرحم ، والثاني من نزول جزء من السائل
الأمنيوسي قبل الأوان .

الأسباب - السيلان المائي الذي ينشأ من تجمع سائل بين الأغشية
والرحم يتسبب من التهاب الساقط الحقيقي والساقط المنعطف ، فيفرزان سائلاً
يتجمع خلف الأغشية ثم ينفجر دفعة واحدة . ويتكرر حدوث ذلك جملة
مرات . أما السيلان المائي الامنيوسي فينشأ من تمزقات صغيرة في الأغشية .
ويحدث عادة في الشهرين الأخيرين للحمل ويسبب الولادة المعجلة .
المعالجة - تنحصر المعالجة مدة الحمل في ملازمة الفراش . أما بعد الولادة
فاذا وجد التهاب رحمي يعالج بعملية الكحت .

✽ الاستحالة المخاطية للسلي ✽

وتسمى أيضاً بالمول الحويصلي . وكيفية حدوثها هي ان الحمل السلاني ،
بدلاً من أن يضمركالعادة ، يأخذ في النمو مكوناً الحويصلات يختلف حجمها
من حجم رأس الدبوس الى المنبة . وهذه الحويصلات تكون متصلة بعضها
ببعض على شكل العناقيد . وهذا المرض يحدث عادة عند النساء المدمنات
للخمر والمصابات بالزهري وهو قليل الحدوث في مصر .

نسرعه نموه - ينمو المول الحويصلى أسرع من الحمل العادى بمرتين، حتى انه فى الشهر الثالث يكون قاع الرحم قد بلغ الى محاذاة السرة .
 الاعراض - ينقطع الحيض شهراً أو شهرين وتشعر المريضة بعلامات الحمل فى الاشهر الأولى . ثم يتلو ذلك نزول دم أو سائل دموى من الرحم ويبحث هذا السائل قد يمكن العثور على حويصلات سلائية ، وهى تشبه فى



(شكل ١٤٣) مول حويصلى من النوع الحبيث (بم)

شكلها حبيبات غنب الشعاب عائمة فى هلام (جلاتينا) أحمر ، وقد تكون كمية الدم عظيمة جداً فتسبب وفاة المريضة . وقد يصطحب المول الحويصلى بالقيء المستعصى وبأعراض التسمم الامتصاصى الأخرى .
 فاذا أجرينا فحصاً مهبلياً نجد أن الرحم أكبر مما يناسب أشهر الحمل .
 فى الشهر الثالث مثلاً نجد قاع الرحم قد تجاوز السرة ونجد جدره عجينة الشكل .

وبالرغم من كبر حجمه نجد أن علامات الحمل الجنينية مثل الهزة القسرية وضربات قلب الجنين غير موجودة . فاذا بحثنا العنق فقد نجد الفوهة الباطنة ممتدة وقد يمكننا اخراج بعض الحويصلات من الرحم اذا دفعنا الأصبع الى داخل الفوهة الباطنة . فاذا لم يمكننا عمل ذلك يكفي للتشخيص ملاحظة حجم الرحم ولمسه العجنى ، والبحث في السائل الدموى الذى ينزل من الرحم على الحويصلات السلائية .

الانواع - يوجد نوعان من المول الحويصى : أحدهما حميد لا يتعدى البويضة ، والآخر خبيث يصيب جدر الرحم أيضاً وربما نفذ الى البريتون .
المعالجة - تنحصر المعالجة فى اخلاء الرحم بمجرد ثبوت التشخيص فاذا وجد العنق منفلقاً ولم توجد أعراض نزف خطيرة تفعل السدادة المهبلية كما تُعمل فى النزف المارضى وترفع بعد ١٢ ساعة . ويُعاد عملها اذا لم يكن المخاض قد تحرّض . والمادة أن يقف النزف ويتحرّض المخاض ويلين العنق بحيث يسهل تمديده بالأصبع بعد رفع السدادة الأولى . أما اذا وجدت أعراض خطيرة تستوجب اخلاء الرحم بسرعة فيجب أن يُمدّد العنق بممددات هيجار أولاً ثم بممدّد فرومر . ففى تمّ تمديد العنق ينقذ المول من نفسه . فان لم ينقذ يُدخل أصبعان أو أربعة ان أمكن داخل الرحم ويُفصل المول : وتوضع اليد الأخرى على البطن ويُضغط قاع الرحم الى أسفل ثم يفعل زرق رحمى ساخن من الليزول فى درجة ٤٧ س . فاذا وجدنا النزف شديداً نسد باطن الرحم بالشاش اليودوفورى . ونحقن المريضة بحرام بيتيوترين وحرام ارجوتين وترفع السدادة بعد ٢٤ ساعة . وفى أغلب الأحوال يعود النزف بعد أسبوعين . فاذا حدث ذلك وجب كحت الرحم بملقمة كالة لأنه يجوز أن يكون قد بقى فى الرحم بعض الحويصلات . وقد يجوز أن يعود النزف ثانية

فاذا عاد يعاد الكحت . أما الأحوال التى يكون فيها المول خبيثاً فيستأصل الرحم . ولذلك يجب ارسال نموذج لفحصه باثولوجياً من أول الأمر .

﴿ أورام السلى الخبيثة ﴾

هى أورام خبيثة تنشأ فى الطبقتين البشريتين المغطيتين للعضل السلائى وهما النينسيسيوم وطبقة لانجهاف . وهى تحدث عادة عقب الولادة أو الاجهاض أو المول الحوىصلى إما مباشرة أو بعد قليل . وتنشأ عادة فى القاع أو بالقرب منه على هيئة ورم دى غنيق يختلف حجمه من الحمضة الى البرتقالة الكبيرة . ومتى كبر حجمه يمتلىء باطن الرحم بورم هش غير منتظم يسيل منه الدم بسهولة . ثم يسرى الورم الى جدر الرحم والأنسجة المجاورة ، ثم تنتقل قطع صغيرة منه فى الأوعية الدموية وتصيب الاحشاء الأخرى وعلى الأخص الرئتين .

الاعراض - أولها حدوث نزف يكون فى الغالب شديداً ويحىى على نوب يتخللها افراز سائل دموى نتن يجعل هذا المرض شديد الشبه بالاجهاض الناقص . ويحدث النزف إما بعد الولادة مباشرة أو بعد زمن وجيز جداً . وقد يصطحب بقشعريات تجعل تشخيصه يلتبس بالحمى النفاسية . ولكننا متى فحصنا الرحم نجده مملوءاً بورم هش يدمى بسهولة . وإذا كان المرض متقدماً نجد أنه قد تخلل جدر الرحم وأصاب الأنسجة المجاورة أيضاً فاذا كحتنا قطعة منه وفحصناها بالمجهر يتضح التشخيص .

المعالجة - استئصال الرحم بمجرد ثبوت التشخيص .

الوقاية - خبيث جداً اذ يندر شفاء المريضة الا اذا عولجت فى أوائل المرض . وقد شفيت بعض أحوال استؤصل فيها الرحم بعد ظهور

السعال والتنفس الدموى من الرئة الناشئ، عن سريان المرض اليها فى الغالب، وظهور سريانات من المرض فى المهبل وغيره أيضاً.

✽ الاستسقاء الأمنيوسى ✽

ويطلق على الأحوال التى يُفرَز فيها مقدار كبير جداً من السائل الأمنيوسى . والكمية العادية للسائل الأمنيوسى تختلف كثيراً ولكنها لا تزيد فى الحالة العادية عن لتر واحد . أما فى أحوال الاستسقاء الأمنيوسى فقد تبلغ كميته من لتر وربع الى خمسة عشر لتراً . والاستسقاء الأمنيوسى يتجمع عادة تدريجياً . ولكنه فى أحوال نادرة جداً قد يحدث فى ليلة واحدة .

الأسباب - غير معلومة تماماً ولكنهم يفسبون حدوثه للاصابة بالزهري وأمراض القلب والكلى والانيما . ومن المٌشاهد أنه يصطحب كثيراً بتشوهات الجنين وبأمراض القلب والكلى عند الحوامل . وهو أكثر شيوعاً عند متكررات الولادات منه عند بكرياتها . وقد يحدث الاستسقاء الأمنيوسى فى أحد كيسى حمل توأمى ولا يحدث فى الآخر .

الأعراض - أعراض الاستسقاء الأمنيوسى فى مدة الحمل تنشأ كلها من الضغط على الاحشاء المجاورة بسبب اشتداد تمدد الرحم . فمن الضغط على المستقيم يحدث إمساك ، ومن الضغط على المثانة يكثر تطب البول ، ومن الضغط على جدر البطن يحدث ارتخاء فى البطن ، ومن الضغط على المعدة يحدث القيء ، ومن الضغط على القلب والرئتين يحدث خفقان وعسر فى التنفس . وتزرق الشفتان واليدان والقدمان ، ويتورم الساقان وكثيراً ما يظهر الزلال فى البول .

أما فى أثناء الولادة فيبطؤ الدور الأول من ضعف جدر الرحم الناشئ.

عن ازدياد تمددها ، ويكثر حدوث المجيء المعيب للجنين . ومتى انفجر جيب المياه فبالنسبة لتصرف السائل الأمنيوسي بسرعة عظيمة قد يسقط الحبل السرى ، وقد يصير المجيء معيباً ان لم يكن معيباً من قبل . وبسبب سرعة انقباض الرحم وصغر حجمه تنفصل المشيمة ويحدث نزف دموى . أما الدور الثانى فقد يحدث بسرعة غير محمودة الماقبة اذا كان الوضع حديداً ، أو تصير الولادة عسرة ان كان معيباً . أما الدور الثالث فيكون بطيئاً بالنسبة للخمود الذى يصيب الرحم ويكثر حدوث النزف الخودى .

السبر — قد ينتهى الاستسقاء الأمنيوسى باحدى أربع نهايات : —

(١) الولادة المعجلة ، وذلك بسبب ازدياد تمدد الرحم .

(٢) الولادة الطبيعية اذا لم يكن الاستسقاء شديداً .

(٣) تمزق الرحم من اشتداد تمدده .

(٤) وقوف حركة القلب من اشتداد الضغط عليه .

النشوبى — النقط المميزة للاستسقاء الأمنيوسى هى زيادة حجم الرحم عما يناسب شهر الحمل ، وصعوبة ادراك أجزاء الجنين أو سماع ضربات قلبه أو تحديد جدر الرحم نفسه ، والاحساس بتوجات واضحة . أما مهلياً فلا يُحس بشيء ما اذا كان جيب المياه سليماً لأن الجزء الآتى به الجنين لا يستطيع الانحشار فى أحوال الاستسقاء الأمنيوسى الا متى تمزق جيب المياه . وتمدد العنق من شدة الضغط قبل الولادة بأيام كثيرة . ويُميز الاستسقاء الأمنيوسى عن الاستسقاء الزقى والأكياس المبيضية بظهور علامات الحمل المهبلىة والبطنية وبالتاريخ .

المعالج — اذا كان الاستسقاء خفيفاً يربط البطن بحزام بطنى مدة الحمل . أما اذا ظهرت أعراض ضغط على القلب فالأفضل تحريض الولادة

المعجلة . أما مدة الولادة فالواجب ألا يسمح لجيب المياه بأن ينفجر من نفسه ، لانه اذا حدث ذلك فمن سرعة نزول السائل الأمنيوسي قد يسقط الحبل السرى ، وقد يصير المجيء معيباً . وعلى ذلك فالواجب انه متى تمدد العنق تمدداً كافياً وتأكدنا أن المجيء بالرأس أو بالمقدمة نُدخل يداً في المهبل ونُدفع أصبعين بين الرحم وجيب المياه ، ثم نمرر بين الأصبعين مسبراً معقماً ونخرق به جيب المياه في أعلى نقطة ممكنة لنضمن تصريف السائل تدريجياً .

✽ نقص كمية السائل الأمنيوسي ✽

قد تكون كمية السائل الأمنيوسي قليلة جداً فينشأ عن ذلك التصاق الغشاء الأمنيوسي ببعض أجزاء الجنين . فتى نما الجنين فقد تجذب هذه الالتصاقات فتحيط بأحد أطراف الجنين وتبترئه . وبسبب نقص السائل تكون حركات الجنين مدة الحمل مؤلمة جداً للأم . ولعدم تمدد العنق يجيب المياه تطول الولادة وتعسر .

✽ الأشكال غير الطبيعية للمشيمة والحبل السرى ✽

قد يتغير شكل المشيمة وحجمها ووضعها . وقد يتغير أيضاً طول الحبل السرى وحمل اندغامه . وأم هذه التغيرات هي : —

(١) المشيمة الغضائية — وفيها تكون المشيمة كبيرة الحجم ورقيقة جداً حتى انها قد تغطي كل السطح الباطن للرحم .

(٢) المشيمة الإضافية — وفيها يكون موجوداً علاوة على المشيمة الأصلية مشيمة أو مشيمتان إضافيتان متصلان بالمشيمة الأصلية ببعض الأوعية الدموية . وكثيراً ما يحدث ان هذه المشيمات الإضافية تبقى في الرحم

بعد تخلص المشيمة الأصلية فيتسبب عن ذلك حدوث النزف بعد الولادة أو حدوث الامتصاص العفن .

(٣) في بعض الأحوال يندغم الحبل السرى بالقرب من حافة المشيمة وليس في وسطها .

وكثيراً ما يُشاهد في المشيمة سكتات بيضاء قد تكون كثيرة العدد فتكوّن دائرة بيضاء حول المشيمة ، وقد يوجد في المشيمة اكياس صغيرة أو رسوبات كلسية . وهذه كلها لا ضرر منها على الجنين إلا اذا حدثت بدرجة تعطل الدورة المشيمية .

(٤) الاندغام المهبلي للمهبر - تندغم المشيمة عادة إما على السطح المقدم أو الخلفي لتجويف الرحم بحيث تكون حافتها السفلى بعيدة عن الفوهة الباطنة بخمسة أو عشرة سنتيمترات . فان اقتربت الحافة السفلى للمهبر من الفوهة الباطنة بحيث تتمزق المشيمة عند تكوّن القسم السفلى للرحم وتمتدّد العنق في الولادة فالاندغام معيب .

(٥) المشيمة الزهرية - وهي اكبر حجماً وأبهت لوناً من المشيمة الطبيعية . ويكون نسيجها ضخماً رخواً سهل التفقت زيتي الملمس . واذا عمل منها قطاع مكروسكروبي أمكن العثور بعد الفحص الدقيق على سبيروكيت الزهرى (٦) في بعض الاحوال لا تنضم الأوعية المكونة للحبل السرى بعضها على بعض على سطح المشيمة ، بل تسير منفردة الى مسافة طويلة أو قصيرة قبل ان تنضم بعضها على بعض . وهذا يجعلها شديدة التعرض للتمزق بعد انفجار الجيب فتسبب وفاة الجنين .

يسمى بالساقط المغلف ، ولا يحتوى على غدد رحيمة ، والجزء الواقع بين البويضة والرحم يسمى بالساقط القاعدى . وقد علمنا مما سبق شرحه (انظر صفحة ٩٨) ان خلايا التروفوبلاست التى تحيط بالبويضة تختص بمقدرتها على اختراق الأنسجة الامية سواء كانت من خلايا الساقط أو من الأوعية الشعرية ، بحيث تحدث فيها مسافات مملوءة بالدم تسمى بالجيوب الوعائية . وعلمنا أيضاً أن أضرار الخلايا التروفوبلاستية يتخللها أوعية شعرية من البويضة ، وان هذه الأضرار تسبب في الجيوب الوعائية غير مفصولة عن الدم الا بطبقتين من الخلايا : الباطنة منها طبقة لانجهان والظاهرة السينسيشوم . وانه متى انتهت الخلايا التروفوبلاستية من اختراق الساقط تأخذ وظيفة اخرى وهى احداث التبادل بين دم الأم ودم الجنين . وتسمى هذه الأضرار بالأضرار السلائية . وبعض هذه الأضرار يسبب في الدم والبعض الآخر تتصل بأطرافه بالساقط القاعدى . وفي أول الأمر تكون الأضرار السلائية محيطة بالبويضة من كل جهاتها ، ولكن في نهاية الشهر الثالث يضمحل الجزء الذى فوق الساقط المغلف ويتكاثر الجزء الذى ينغرس في الساقط القاعدى . ويساعد في تكوين المشيمة . وقد يحدث أن تنقذف البويضة من الرحم قبل تمام تكوين المشيمة فيسمى ذلك اجهاضاً أو بعد تكوينها ويسمى سقطاً .

✽ الاجهاض البويضى ✽

الاجهاض البويضى هو انقذاف متحصل الحبل قبل تمام تكوين المشيمة اعنى قبل بداية الشهر الرابع القمرى . وهو كثير الحدوث يحدث مرة في كل ٢٠ حملاً .

أسبابه — — تنقسم الى ثلاثة اقسام : —

(١) أسباب أمية .

(ب) أسباب أبوية .

(ج) أسباب بويضية .

(١) الأسباب الامنية - من الواضح أن الأسباب الأمية هي أهم أسباب الاجهاض عموماً وذلك بسبب العلاقة الشديدة التي بين الام والجنين طول مدة الحمل . والأسباب الأمية تنقسم الى أسباب موضعية وأسباب عمومية .

(١) الأسباب الموضعية - أهمها التهاب الرحمى الباطنى، لانه يساعد على حدوث التهاب السواقط مدة الحمل . ثم الأوضاع الممعية للرحم وعيوبه الخلقية، والأورام الرحمية لانها كلها تمنع الرحم عن أن يتعدد التمدد الطبيعى المناسب لنمو الجنين . ثم الالتصاقات الحوضية ، والأورام البطنية والحوضية .

(٢) الأسباب العمومية - أهمها الزهري ، فأراض الكلى ثم أمراض القلب ، والبول السكرى وتصلب الشرايين . وهى إما أنها تमित الجنين مباشرة أو تحدث استحداث فى الأغشية والسواقط تسبب انفصال البويضة . وكذلك الحميات الحادة بأنواعها كالانفلوانزا والجدرى والحصبة والقرمزية والكوليرا والطاعون .

وفى بعض الأحوال قد يحدث الاجهاض بسبب تعاطى مقادير سامة من الأرجوتين أو الكينين أو من التسمم بحامض الكريونيك ، وكذلك من الاصابات العرضية كالفرب على البطن أو السقوط من محل مرتفع فانها تسبب انفصالاً فجائياً فى جزء من البويضة أو فيها كلها . وقد يحدث الاجهاض من ادخال آلات فى الرحم مثل المجس الرحمى . وفى هذه الأحوال قد يخرق المجس البويضة فيسبب الاجهاض ، أو لا يخرقها بل يحدث التهاباً رحمياً عفنًا يكون هو السبب فى حدوث الاجهاض فيما بعد . ويساعد أيضاً على حدوث الاجهاض

الجماع المتكررة والانفعالات النفسانية الشديدة .

(ب) الأسباب الأبورية - أهمها الزهري لانه يمت الجنين .

(ج) الأسباب البويضية - أهمها الاستحالة المخاطية للسلي والاستسقاء
الأمنيوسي .



(شكل ١٤٦) الاجهاض - المرحلة الاولى .

العنق منفلق والبويضة لم تنفصل تماما .

الأنواع - يوجد خمسة أنواع من الاجهاض :

(١) الاجهاض الموشك .

(٢) الاجهاض العنقي .

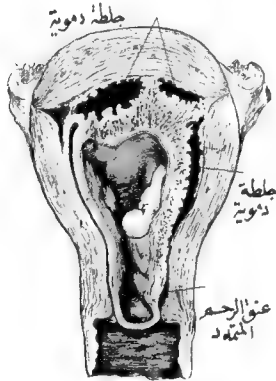
(٣) الاجهاض المتروك .

(٤) الاجهاض التام

(٥) الاجهاض الناقص .

(١) الاجهاض الموشك - اذا نزلت الحامل في ثلاثة الأشهر الأولى

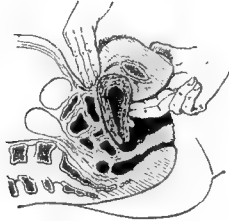
للحمل فقد يكون النزف منذراً بحدوث الاجهاض ، أو دليلاً على حمل خارج الرحم أو على وجود مول حويصلي أو على بوليبيوس رحمي . فاذا كان منذراً بحدوث الاجهاض يكون مصحوباً بآلام مغمصية مختلفة الشدة، وإذا أجريننا فحصاً مهبلية نجد العنق قصيراً نوعاً والفوهة الظاهرة ممتدة .



(شكل ١٤٧) الاجهاض . المرحلة الثانية .
البويضة أو شكت تنفصل تماماً والعنق مشدد (ادجار)

المعالجة — اذا نزفت الحامل في شهورها الأولى وجب عليها أن تلازم الفراش حالاً . ثم تعطى من ١٠ — ١٥ نقطة من صبغة الأفيون لتخفيف الوجع الذي يصحب النزف و ٢٠ نقطة كل أربع ساعات من خلاصة الهدرستيس الكانادي لمساعدة ايقاف النزف . ومن التراكيب المفيدة سائل سدانس (Liquor Sedans) يعطى منه ملء ملعقة بن كل ٤ ساعات . ويجوز أيضاً اعطاؤها من جرامين الى أربعة جرامات في اليوم من لبنات الجير

محلولة في مقدار مناسب من الماء لمساعدة تجعد الدم وإيقاف النزف . فإن تحسنت الحالة يظهر أثر العلاج في تغير لون الدم . فبدلاً من أن يكون أحمر وهو لون الدم وقت نزفه يأخذ لوناً داكناً . ثم يأخذ في القلّة حتى ينقطع تماماً .



(شكل ١٤٨) قذف البويضة بالضغط المزدوج (جلت)

وتنقسم أحوال الاجهاض الى قسمين : قسم يستدعى المعالجة الطبية وقسم يستوجب التدخل في انهاء الحمل .

(١) أما القسم الذي يستدعى العلاج الطبي فهو الذي لا يكون النزف فيه مهدداً لحياة المريضة أو مسبباً لانحطاط كبير في صحتها فيما بعد .

ولا يجوز اعتبار كل نزف يحدث مدة الحمل المبتدئ دليلاً على وجوب التدخل ، فقد لا يكون النزف آتياً من الرحم بل من بوليبيوس في العنق أو من سرطان . وقد يأتي النزف من الرحم ولكن لا يكون سببه انفصال البويضة بل التهاب الغشاء الساقط أو من احتقان الرحم بسبب مرض في القلب أو في الكبد . وقد يكون النزف بسبب انفصال جزئي في بعض أجزاء البويضة أو الساقط ومع ذلك تشفى الحالة ويتم الحمل وينتهى بولادة جنين حي تام المدة . ومن المشاهد أنه قد يحدث نزف غير قليل مرة أو

اثنتين في أوائل الحمل ، أو قد يحدث نزف قليل مستمر مدة اسبوعين أو أكثر ولا يضر بنهاية الحمل . ولا يُعتبر النزف نذيراً بحدوث الاجهاض إلا إذا اصطحب بطلق وتدد في الفوهة وظهور جزء من البويضة في فوهة العنق .

فإذا انقطع النزف وبقيت البويضة في الرحم تلازم المريضة الفراش لمدة خمسة أيام بعد انقطاع الدم والألم . وتجب مقاومة الامساك الذي يكثر حدوثه في هذه الأحوال بالملينات مثل ملح الفواكه (Eno's fruit salt) أو زيت خروع ، جرام في فنجال قهوة كل ساعتين . ويستحسن عدم عمل الحقن الشرجية لأنها تحرض انقباض الرحم . وإذا كان الرحم منثنياً الى الوراء يُحْتال على عدله الى الأمام والمريضة في الوضع الركي الصدري بدون استعمال شدة ، ثم توضع فرجة مناسبة (انظر شكل ١٤٢) .

أما إذا انقذفت البويضة تماماً أى تم الاجهاض فتلازم المريضة الفراش اسبوعاً أو الى أن ينقطع السائل النفاسي . ويوضع على الفرج أحفظة معقمة كما يعمل في الولادة الطبيعية ويلاحظ تحريك الامعاء بانتظام وتهوية الغرفة . وإذا تبع الاجهاض التام ألم تُعطى المريضة كمية كافية من الارجوتين . ولا يجوز عمل زروقات مهبلية ولا جس مهبلي إلا عند اللزوم .

الأمور التي يجب فيها التدافع والاهتمام : -

- (١) إذا فقدت الحامل مقداراً من الدم يخشى منه على سلامتها .
- (٢) إذا نزل جزء من البويضة في عنق الرحم وانفجر الجيب ووقف الطلق وخيف من التعفن .

(٣) إذا انفصلت البويضة من الرحم ، ومرت من الفوهة الباطنة وانحجزت في تجويف العنق (الاجهاض العنقي) .

(٤) اذا وُلِدَ الجنين وبقيت المشيمة كلها أو بعضها في الرحم (الاجهاض الناقص) .

(٥) اذا مات الجنين وبقي في الرحم . وتشخيص ذلك قد يكون من الصعوبة بمكان لأن ضربات قلب الجنين لا تسمع قبل الشهر الخامس . ولكن يستدل على الوفاة بوقوف الرحم عن النمو وحدوث أنزفة متكررة ونزول افرازات سمراء اللون وظهور أعراض الامتصاص العفن .

طرق املاء الرحم - اذا عوّل الطبيب على التدخل لاخلاء الرحم بسبب اشتداد النزف فالغالب أن يكون العنق ممتدداً بحيث يسع أصبعين . أما اذا كان العنق منقبضاً فالغالب أن النزف ليس شديداً الى درجة تستوجب اخلاء الرحم . ولكن قد تطرأ أعراض خطيرة تستوجب التدخل والعنق لا يزال منقبضاً . وعلى ذلك فسنتكلم على كيفية اخلاء الرحم في الحالتين :

(١) اذا لم يكن العنق ممتداً - اذا لم يسمح العنق بدخول الأصبع يمدد بممددات فروور وتكحت البويضة بالطريقة الآتية :

تحضير المريضة - في الوقت الذي تحضر فيه الآلات يعمل للمريضة حقنة شرجية .

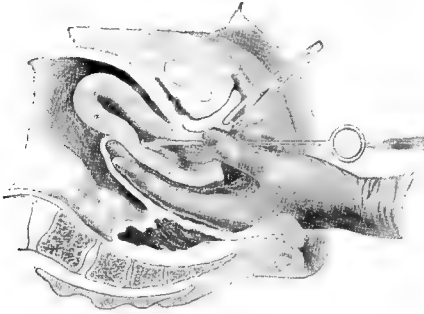
وضع المريضة - تضع المريضة على ظهرها في الوضع المستعرض بحيث تكون وركاها على حرف السرير ويوضع تحتها مشمع (ماكينوش) يتدلى طرفه السفلى في اناء (جردل) . ثم تُسند قدمها على كرسيين أو بكلف مساعدان بحفظ ساقيها منثنيتين على فخذيها ، وفخذيها منثنيتين على بطنها ومفجحتين (مُبَعَّدَتَيْن) ما أمكن .

التبقيج - اذا كانت المريضة عصبية المزاج أو بكريّة الحمل فيحسن تبنيجها بالكوروفورم .

الآلات - الآلات التي تلزم هي زارق مهبلي ومبهم ، وقنطرة مثنائية ،
وقنطرة بوزمان ، وملعة راينشتادر الكائة ، ومنظار خافي ، وجفت ذو مشبكين
وجفت بوزمان لسد تجويف الرحم ، وعلبتان من الشاش الیودوفوری .

تطهير المریضة ويرى الطبيب - يطهر الطبيب يديه بنفسهما بالمسفرة
والصابون في اثناء محتوى على محلول الیوزول المحضّر بنسبة ١ الى ٢٠٠ . وفائدة
اللیزول تعقيم الماء المستعمل للتنسيل . ولكنه لا يكفي لتطهير اليدين غمرهما
في الیوزول هما طال وقت الغمر ، بل يجب دلكهما جيداً بالمسفرة (الفرشة)
والصابون بعد تقليم الأظافر . ويستمر الطبيب في الدلك بالمسفرة مدة ١٠
دقائق مبتدئاً بالأصابع وبالأخص أطراف الأظافر ثم يدلك اليدين والساعدين
الى المرفقين ثم يلبس بعد ذلك قفازاً عقيماً ويبدأ في تطهير الفرج ، فيسد فوهة
المهبل بقطعة من القطن العقيم . وبعد ازالة الشعر يفسل الفرج جيداً بواسطة
الصابون وقطع من القطن مغموسة في محلول الیوزول مدة ٥ دقائق . ويحاذر
من استعمال قطعة القطن التي تلامس فتحة الشرج في غسل الفرج لأنها تنقل له
مكروبات كثيرة . وبعد ذلك يسلط على الفرج مبسم الزارق ويفسله جيداً
بمحلول الیوزول . ثم يرفع السدادة من فوهة المهبل ويدخل أصبعين في المهبل
هادياً عليهما مبسم الزارق مع قطعة صابون صغيرة . وفي أثناء الزرق يرغو
الصابون جيداً على جدر المهبل ملاحظاً قعور الأكياس وثنايا المهبل . ومتى
انتهى الطبيب من تطهير المریضة يقنطر المثنائية ثم يغطي المریضة بغطاء مقممة
ان أمكن . ثم يلبس قفازاً جديداً ويبدأ في العمل فيضع في المهبل منظاراً خلفياً
ويجذب العنق الى أسفل بواسطة جفت ذی مشبكين ثم يمدد العنق بمعدّات
هيجار الى أن يصل لرقم ١٤ ثم يدخل ملعة راينشتادر بعد ايصالها بالزارق .
ثم يأخذ في كحت البويضة وسواط الرحم . وفي بعض الأحوال يضطر
(٤٢)

الطبيب أولاً الى اخراج ما يمكن اخراجه من البويضة بحيث مخصوص (شكل ١٤٤) ثم يبدأ بعد ذلك في الكحت سائراً فيه بترتيب مبتدئاً بالجدار المقدم ثم الخلفي ثم الجانبين . وليحاذر من التمداد في الكحت خوفاً من كحت



(شكل ١٤٩)

يوضع مراقبة الكحت بوضع أصبعين وراء الرحم في قعر الكيس الخلفي .

الطبقة العضلية . نعم أن ذلك متعذر لكون ملعقة راينشتادر كالة ولكنه يحدث لو استعمل الجراح شدة غير محموددة في الكحت . وقد ينشأ عن استعمال الشدة ثقب الرحم الذي قد يؤدي الى دخول مقدار كبير من السائل المستعمل



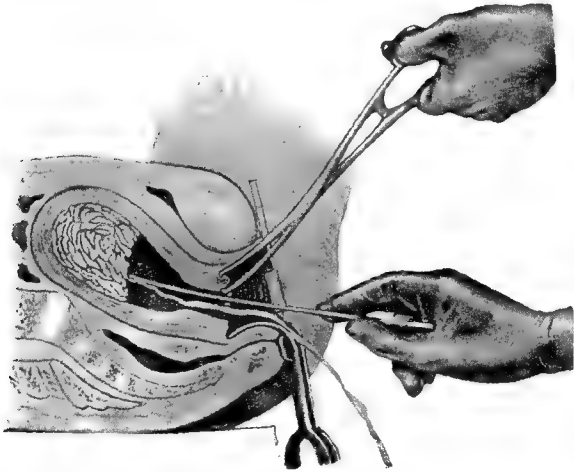
(شكل ١٥٠) جفت لحشو الرحم .



(شكل ١٥١) ملعقة راينشتادر

للفسيل في البريتون فيحدث تسمماً ، وقد يسبب نزفاً مميتاً لو اخترقت الملعقة وعاء كبيراً . وليراقب الجراح رجوع ماء الزرق من فوهة العنق لأنه أن تمدد

الرحم بالماء يدخل بمعه الى بوقى فاللوب ويحدث اعراضاً ثقيلة . فاذا وجد أن الماء لا يعود من العنق يُخرج المعلقة فقد تكون منسدة بكتلة دموية ، أو يكون العنق منقبضاً . فان كان الأخير يوسعه بممددات . وان كان الأول يهز المعلقة هزاً عنيفاً فتخرج الكتلة . ومتى تم الكحت يضغط قاع الرحم بيد في قعر الكيس المقدم وأخرى على البطن لمصر الكتل الدموية . فاذا اتفق



(شكل ١٥٢)

سد الرحم في أحوال التزف بعد الولادة أو الاجهاض (ايذن) .

أن التزف لم يقف فالواجب أن يسد الرحم بالشاش اليودفورى . ولعمل ذلك يؤتى بلفة الشاش ويُمسك طرفها بحيث يوزمان ويُدخل الى أقصى قاع الرحم ثم يفتح الجفت قليلاً ويسحب الى أسفل ويُمسك الشاش مرة أخرى ويدفع الجفت الى أعلى . ومتى انسدت تجويف الرحم تماماً يترك ما بقى من

الشاش حول عنق الرحم . ثم يوضع غيار عقيم على الفرج بعد رفع الجفوف والمنظار وتعاد المريضة الى وضعها الأصلي على الفراش .

(٢) اذا طاله العنق صمداً بحيث يقبل دفول أصبعين - في هذه الحالة تَضَمُّع المريضة على ظهرها في ذات الوضع السابق ذكره في عملية الكحت . وتطهر اليدين وفرج المريضة ومهبلها بالطريقة السالفة الذكر .

ثم يدخل الطبيب يده في المهبل وأصابعه مجتمعة بعضها الى بعض على شكل قمع . فان لم يسع المهبل دخول اليد كلها يجوز أن يُبْقَى الإبهام خارجاً . ثم توضع اليد الأخرى على البطن لتثبيت الرحم ولدفعه الى أسفل لتصل اليه أصابع اليد التي في المهبل . ثم تُولَج السبابة والوسطى في العنق وتُفَصِّل البويضة والأغشية من الرحم تماماً بحيث لا يُتْرَك شيء منها ملتصقاً بالرحم . ثم تُخْرَج الأصبعان من العنق وتوضعان في قعر الكيس المقدم . ويعصر الرحم بين اليد المهبلية واليد التي على البطن فتتقذف البويضة الى المهبل . ويحسن بعد ذلك ادخال أصبع في العنق وفحص التجويف الرحمي لعل بعض الأغشية يكون لا يزال ملتصقاً فيه . فان كان ذلك تفصل الأغشية وتُخْرَج من العنق ثم يعصر الرحم لطرد الجلط الدموية . أما اذا وُجِدَ الرحم منثنيّاً الى الورااء فالواجب عدله الى الأمام أولاً .

سر العنق والمهبل - في الأحوال التي يحدث فيها نزف شديد يخشى منه على حياة المريضة ولا يكون مع المولّد الآلات اللازمة لتمديد العنق يوضع منظار خلفي في المهبل ويُجَذَّب العنق الى أسفل بحفت ذى مشبكين . ثم يدفع شريط من الشاش اليودوفورمى أو المغموس في جلسرين الأكثيول ويسد العنق سداً متيناً ، ثم تسد قعور الأكياس (الردوب المهبلية) وباقى المهبل بالشاش اليودوفورمى . وفي الأحوال التي لا يستطيع فيها سد

العنق يكتفى بسد فعور الأكياس سداً متيناً، وسد المهبل سداً عادياً. وتؤثر السدادة المهبلية كجسم غريب يُحَرِّضُ انقباض الرحم بالتأثيرات المنعكسة، وهذه الانقباضات تفصل البويضة. وعند رفع السدادة بعد ١٢ ساعة يكون العنق قد تمدد تمدداً كافياً لفصل البويضة بالأصبع، إذا لم تكن قد نزلت في المهبل.

والسد المهبل كثيراً ما يسبب تعفناً في الرحم لأن الدم الذي ينزل من العنق ويتجمع فوق السدادة يتعفن وتصل المغونة منه إلى الرحم. ولذلك فلا يجوز استعمال السدادة إلا في أحوال نادرة.

(٢) **الدمهاض العنقي** - ويطلق على الأحوال التي تترك فيها البويضة الرحم وتنزل إلى تجويف العنق. وبسبب عدم تمدد الفوهة الظاهرة تمدداً كافياً، ولكون الفوهة الباطنة تنقبض أيضاً بمجرد مرور البويضة منها، تصبح البويضة محصورة في تجويف العنق.

المعالجة - إذا لم يمكن تمديد العنق وفصل البويضة بفعل شقان جانبيان في الفوهة الظاهرة حتى يصير اتساعها كافياً لمرور البويضة. ثم يضغط على البويضة حتى تنغذف وأخيراً تُخاط الشقوق.

(٣) **الدمهاض المتروك** - ويطلق على الأحوال التي تموت فيها البويضة ولكنها مع ذلك لا تخرج من تجويف الرحم بمجرد موتها بل تبقى فيه جملة أسابيع أو شهور.

الأعراض - تظهر على المريضة أعراض الحمل في الأشهر الأولى ويكبر حجم الرحم. ثم تزول أعراض الحمل ويأخذ حجم الرحم في التناقص. وفي الأحوال التي يتمزق فيها جيب المياء يتعفن الجنين وينزل من الرحم سوائل دموية.

المعالجة - تمديد العنق وإخلاء الرحم بالأصبع أو المعلقة .

(٤) الاجهاض التام - وفيه تنزل البويضة بأكملها ولا يحتاج لمعالجة ما .

(٥) الاجهاض الناقص - وفيه ينزل جزء من البويضة ويبقى جزء .

في الرحم .

المعالجة - تختصر في فصل الجزء الباقي من البويضة وإخراجه من الرحم .
فاذا وجدنا بالضغط على قاع الرحم بأصبع في قعر الكيس المقدم وباليدين الأخرى على البطن أنه يمكن قذف البويضة بفعل ذلك والآن فالمعالجة تختلف بحسب تمدد العنق . فان كان العنق متمددًا بحيث يقبل الأصبع ندس أصبعًا داخل الرحم ونفصل به الجزء الباقي من البويضة ثم نضغط الرحم حتى ينقذف . فان لم يكن العنق متمددًا نكحت الرحم بمعلقة راينشتادر الكالة . ولا يجوز استعمال المعلقة الحادة خوفًا من كحت الألياف المضلية مع يقايا البويضة . ومتى انتهينا من ذلك ندس باطن الرحم بشاش اليودوفورم . وبعض المولدين ينصح بسد المهبل بالشاش اليودوفورم في أحوال الاجهاض الناقص . وهي معالجة رديئة جدًا لا يجوز اتباعها في حال من الأحوال .

التشخيص التفريقي - يلتبس الاجهاض الموشك بالحمل خارج الرحم وسيذكر الفرق بينهما عند الكلام على الحمل خارج الرحم . أما تشخيص الأنواع المختلفة من الاجهاض فتقوم بفحص المواد التي نزلت من الرحم . فاذا لم نجد غير كتل الدم فالغالب أن الحالة حالة اجهاض موشك . أما اذا وجدنا بعض أجزاء من البويضة فالاجهاض ناقص ، وان وجدنا البويضة بأكملها فالاجهاض تام . هذا في الأحوال التي تحفظ فيها الأهالي كل ما ينزل من الرحم ، أما اذا لم نجد شيئًا منها فلا يساعدنا على التشخيص إلا الفحص المهبلي . وتوجد نقطتان في الفحص المهبلي تساعدنا كثيرًا في التشخيص : -

(١) شكل الجزء المهبلى للعنق .

(٢) استمرار النزف .

(١) أما شكل العنق فيختلف كثيراً بحسب ما اذا كان الاجهاض قد تم أم لم يتم . ففي الاجهاض التام أى الذى تكون فيه البويضة قد تركت الرحم يكون شكله قمعياً قاعدته الى أسفل عند الفوهة الظاهرة وقته لأعلى عند الفوهة الباطنة . وذلك لأنه متى انقذت البويضة تنقبض الفوهة الباطنة ولا تكون الفوهة الظاهرة قد انقبضت بعد ، أما اذا كانت البويضة لم تخرج فشكل العنق يكون قمعياً أيضاً انما قاعدته تكون الى أعلى وقته الى أسفل . وذلك لأن وجود البويضة فى العنق يمدد الفوهة الباطنة فى حين أن الفوهة الظاهرة لا تزال مُغلقة .

(٢) اذا انقطع النزف وكانت الفوهة الباطنة مُغلقة فالتألم ان الاجهاض تام . أما اذا استمر النزف أو وُجد افراز دموى فالتألم أن الاجهاض ناقص . وفى هذه الأحوال يلزم تمديد العنق ولفحص باطن الرحم للتأكد من التشخيص والمعالجة .

❖ الاجهاض الجنينى أو السقط ❖

ويطلق على الأحوال التى تنقذف فيها البويضة بعد تمام تكوين المشيمة ولكن قبل أن يكون الجنين قابلاً للحياة ، اعنى قبل الأسبوع الثامن والعشرين . وهذه الأحوال شبيهة فى أعراضها وسيرها بالولادة الطبيعية . لأنه قبل تكوين المشيمة يكون كل سطح البويضة . منصفاً بتجويف . لرحم بالتصاقات وعائية فاذا انفصل جزء منها تسبب عن ذلك نزف شديد . أما بعد الشهر الرابع فتكون المشيمة هى الصلة الوعائية الوحيدة بين الجنين والرحم . ولذلك فلا تصطبج هذه الأحوال بالنزف الا فى أحوال قليلة .

الأسباب - هي ذات أسباب الاجهاض البويضى .
المعالج - مثل الولادة الطبيعية . فاذا ولد الجنين ولم تنزل المشيمة بعد
مضى المدة القانونية نضغظ قاع الرحم بيد فى المهبل والاخرى على البطن .
فان لم تنفصل المشيمة تفصلها بالأصبع .

✽ وفاة الجنين بعد الشهر الخامس ✽

كيف نتحقق وفاة الجنين بعد الشهر الخامس ؟ - اذا شعرت الأم بأن
حركة الجنين انقطعت ، فلا يجوز أن يؤخذ ذلك وحده دليلاً على وفاة الجنين
بل يجب عمل التسمع المتكرر على بطن الأم فان لم تسمع ضربات القلب
بعد التسمع فى مكان هادئ وكرّر ذلك على مدة أربعة أيام فالغالب ان
الجنين ميت . ولكن لا يجوز تحريض الاجهاض لمجرد تشخيص الوفاة وذلك
للأسباب الآتية :

أولاً - لأنه يجوز أن نكون مخطئين فى الحكم ، (ثانياً) لأنه
لا خطر من الانتظار ما دامت لم تظهر أعراض امتصاص عنن . ويجب عمل
مقاييس اسبوعية لمدة شهر تقاس بها المسافة بين قاع الرحم والنتوء الخنجري ،
وبينه وبين العانة . وكذلك حول خصر الحامل فى النقطة الأكثر ارتفاعاً على
الخط بين العانة والسرة . فى أحوال وفاة الجنين تبقى هذه المقاييس على حالها
أو يقصر طولها . ولا خوف من حدوث ضرر للأم من بقاء الجنين ميتاً فى
بطنها ما دامت لم تحدث أعراض امتصاص عنن . أما اذا حدث امتصاص
عنن اعراضه ارتفاع الحرارة وسرعة النبض وتزول افرازات سمراء والشعور
بطعم كريه فى الفم وارتخاء الثديين والقيء وظهور الزلال فى البول ، أو اذا
انفجر جيب المياه وتمغن الجنين فالواجب اخلاء الرحم بلا ابطاء .

كيف نغلى الرحم ؟ -- لذلك طريقتان الاولى بالتمديد الفهرى بممددات فروور وتستعمل فى الأحوال العفنة والثانية التمديد التدريجى بأقلام اللاميناريا (الأشنة) ويعمل فى الاحوال غير العفنة .

ويجب فى ملاحظة التمديد بممدد فروور أن يعمل التمديد بغاية البطء وغالباً لا يمكن تمديد العنق تماماً فى أقل من ساعة . ومتى تم التمديد ندخل أصبعان فى الرحم ويعمل التحويل ، ويستخرج الجنين . فان وجدت صعوبة فى خروج الرأس يثقب يحفت شريائى ويفتت يحفت البويضة ان كان صغيراً أو بالمفتت ان كان كبيراً .

وفى تمديد العنق بأقلام اللاميناريا يجب ادخال جملة أقلام صغيرة عقيمة بدلاً من ادخال قلم واحد كبير خوفاً من صعوبة اخراجه متى انتفخ . ولادخال أقلام اللاميناريا تطهر أعضاء التناسل تطهيراً دقيقاً ، ويوضع منظار خلفى ، ويجذب العنق الى أسفل يحفت ذى مشبكين ويدخل فيه أكبر عدد ممكن من الاقلام العقيمة . ويلاحظ أن تكون أطرافها الظاهرة بارزة من العنق ونهاياتها الباطنة لا تتعدى الفوهة الباطنة الأ قليلاً . وتباع هذه الاقلام جاهزة فى أنابيب مغلقة أو تعقم بغمرها فى كحل السليمانى ١ فى ١٠٠٠ المدة اسبوعين . ثم تعمل سدادة مهبلىة وبعد أربع وعشرين ساعة ترفع السدادة ، وتزرع الاقلام بالجذب على الخيط الذى يكون مربوطاً فى أطرافها . ومتى خرجت نجدها قد امتصت سوائل من العنق وتضخمت حتى بلغت ضعف حجمها الأصلى . ويؤدى هذا التضخم ، ليس فقط الى تمديد العنق بل الى ازدياد ليونته بحيث يسهل تمديده بالأصبع . وفى أغلب الأحوال يتعرض المخاض ذاتياً ، وتنتهى الولادة بلا مساعدة . فاذا لم يتعرض المخاض تدخل اليد كلها فى المهبل وتولج السبابة فى العنق ثم الوسطى ، ويجهد فى توسيع العنق بهما ومتى اتسع العنق (٤٣)

يحاول أيضاً ادخال الابهام أيضاً . ثم يعمل التحويل ويُخَرَج الجنين . فاذا وجدت صعوبة في جذبه يجوز امساكه بحفّ البويضة (شوتر) ثم يُخَرَج من العنق . فان انفصل جزء منه يسلك جسم الجنين عند أعلا الجزء الذى انفصل وهكذا الى أن يتخلص . واذا لم تنزل المشيمة حالاً فالأفضل تخليصها باليد . واذا لم ينقبض الرحم جيداً بعد خروج المشيمة فالأفضل سده بالشاش اليودفورى .

❖ الاجهاض المتكرر ❖

المعالجة الوقائية - لما كانت أغلب أحوال الاجهاض مسببة عن أمراض إما موضعية أو عمومية ، فن المنتظر تكرار حدوث الاجهاض ما دامت هذه الأمراض باقية ، وهذا هو الواقع . ولذلك يجب في أحوال الاجهاض المتكرر فحص الدم بتفاعل فاسرمان . ليس دم الأم فقط بل ودم الأب ، واذا تيسر أيضاً دم الطفل الذى يولد ميتاً . وفي ٨٠ ٪ من أحوال الاجهاض المتكرر نجد ان السبب هو الزهري أى يكون التفاعل ايجابياً + أو ++ أو +++ أو قد يكون التفاعل في دم الأم سلبياً ولكن تفاعل دم الأب ايجابياً . وسواء كان دم الوالدين ايجابياً أو واحد سلبى والآخر ايجابى يجب معالجة الاثنين بحقن الزئبق الاسبوعية ، وان أمكن فبمحضرات السلفرسان (٦٠٦) أيضاً . أما تعاطى يودور البوتاسيوم وحده مدة الحمل فيفيد فقط في الأحوال المزمنة . ويستحسن أن يصطحب بالزئبق . وغالباً يولد الطفل الذى يحدث العلاج في أثناء الحمل به حياً . ولكن للتأكد من ولادة جنين حى يجب أن يتم العلاج قبل الحمل . أما الأحوال التى سببها التهاب رحمى باطنى فتعالج بالكحت وانتأآت الرحم بتقشير الأربطة المبرومة ، والأورام الليفية الصغيرة بالقلع (Enucleation) . والأحوال التى سببها التهابات الكلى تعالج

بملاحظة الحية عن المأكولات الزلاية بمجرد ظهور الزلال في البول . وفي هذه الأحوال يجب تحليل البول اسبوعياً من أول الحمل .

✽ الاجهاض الجنائى ✽

هو تحريض الإجهاض بهر صوغ طبي - وهو كما يستدل من اسمه جنائية يعاقب مرتكبها بالحبس لغاية سبع سنوات . ويدخل في حكم المجهض اجهاضاً جنائياً كل من يشير أو يصف دواء بقصد تحريض الاجهاض بلا مسوغ طبي . ولا شيء أضرّ على سمعة الطبيب أو الحكيمه من أن يُعرّف



(شكل ١٥٣) انتقاب الرحم بقلم أشنة (لامتاريا) في حالة اجهاض جنائى .

عنه أنه يساعد على تحريض الاجهاض . وليعلم الطبيب المبتدى أو الحكيمه أن نوسلات المريضة التى تحمل سفاحاً ، أو دموع والديها ليست مبرراً لارتكاب جنائية . فان اتقاد شرف عائلة لا يمكن أن يأتي من سبيل قتل نفس بريئة . والطبيب الذى يقدم على ذلك يعتبر مجرم أمام القانون ، ساقط الشرف والذمة في عيني نفسه وأمام جميع الذين يعرفون ذلك عنه . والعائلة التى تطلب أن يُعقّد شرفها بقتل جنين برىء في احشاء احدى بناتها لا يمكن

أن يكون لها شرف حقيقى . لأن الشرف وجريمة القتل لا يتفقان . والام
التي ترغب فى قتل جنينها معتدرة بأن عمره أيام قليلة ، وأنه لا يمكن أن يكون
له حياة خاصة به مخطئة فى مدعاها فان المصنعة تكون حية من أول يوم
تلقيح البويضة ولولا ذلك ما نمت .

ولكن هناك أحوالاً تُرَبِّك الطبيب كثيراً . فقد يُدْعَى الى مُجَهِّضة
حاولت هى أو قابلتها أو طبيب مجرم تحريض اجهاضها فلم يُفْلِح . وصارت
البويضة عَفْنَةً ، وأُصِيبَت الأم بحمى النفاس ، فلا يدرى الطبيب السبيل
الذى يجب اتباعه فى هذه الظروف . والقوانين الطبية كثيرة التباين والتناقض
فى هذه النقطة فيما يتعلق بالسّر الطبي . أما الطريقة المثلى فهي أن لا يقبل
الطبيب علاج مريضة عَلمَ أن اجهاضها جنائى الآ اذا أخذ تصريحاً بأن
يُبْلَغ الحادثة للبوليس . ومتى فعل ذلك فله الحق أن يجرى العمليات التى
يراهما مناسبة للحالة . واذا توفيت المريضة بعد ذلك فلا يعطى شهادة الوفاة
الآ بعد اخطار البوليس . واذا ساءت حالة المريضة فمليه أن يساعد على
اخطار النيابة لأخذ أقوال المريضة قبل أن تفقد رشدها . وفى كل الأحوال
يجب أن يشرك معه فى العلاج طبيباً آخر حتى لا يقع عليه لوم ولا يُعْطَى
فرصة لأرباب السوء لتسوى سمعته .

أما الطرق التى تفعلها الحامل اذا أرادت التخلص من حملها بنفسها
فهي غالباً أنها تضع فى عنق الرحم عود كبريت ، أو ساقاً من الملوخية . أما
اذا لجأت الى مولدة خربة الذمة من اللواتى تأخذن هذه الحرفة صناعة لهنّ
فالعالب أن تضع عوداً من البلاستاريا فى العنق أو تدخل مِجَسّاً فى الرحم .
وعادة تنتهى هذه المداخلات باحداث احدى النتائج الآتية :

(١) احداث التهاب ساقطى عفن . (٢) خرق البويضة . (٣) ثقب

الرحم . (٤) أحداث تسمم دموى حاد (سپتيميا) . أما الأحوال التي لا تُحرق فيها الأغشية فيجوز أن لا تنتهى بالاجهاض ، أو لا يتعرض فيها الاجهاض إلا بعد اسبوع أو اثنين . ولكن ينشأ عن العفونة التي تصيب الرحم تسمات حادة تنتهى بوفاة المريضة . وكثيراً ما شاهدنا أحوالاً حُرِق فيها الرحم وحدث التهاب بريتنوى حاد اودى بحياة المريضة انظر شكل ١٥٣ . وفي بعض الأحوال يُعزق المجلس الشريان الرحمى فى أثناء انفراسه فى جسم الرحم فيسبب نزفاً قاتلاً . وأغلب الأحوال التي تصادف الطيب من هذا النوع هى الأحوال التي يحدث فيها تسم حاد ولا يزال الجنين موجوداً فى باطن الرحم . ويصعب فى هذه الأحوال البت فى نوع العلاج الذى يتبع فان اخلاء الرحم لا يؤدى الى شفاء المريضة لأن المدوى تكون حينئذٍ فى الدم ، وليست فى الرحم وحده . وأما اذا تزلت سوائل متعفنة من الرحم فالواجب اخلاؤه على أمل أن تكون المدوى موضعية . واذا لم ينزل من الرحم افرازات تُعالج المريضة بملازمة الفراش فى وضع فولر (مضجعة نصف اضجاع) سائدة ظهرها على مسند ، وساقاها منثنيتان على تغذيتها نصف انثناء وتغذاها منثنيتان الى بطنها قليلاً . وتعمل لها حقن ملحية شرجية ٥٠٠ جرام كل ٣ ساعات تعطى نقطة فنقطة حتى تُمتص من المستقيم . ويعمل لها حقن جلوكوز تحت الجلد وتعالج معالجة الحى النفاسية الحادة . فاذا مضى يومان ولم تحسن الحالة فالأنسب اخلاء الرحم اذا شككنا فى أن البويضة متعفنة . وفى هذه الحالة يجب شدة الاحتراس من ادخال المعلقة فى الثقب الذى أحدثته آلة الاجهاض . وكذلك يلتفت الى كون الرحم الحامل المتعفن ضعيف الجدر يسهل ثقبه اذا استعملت أى شدة . فاذا حدث ذلك يجوز أن يخرج مع المعلقة عرى معوية .

الفصل الثامن عشر

الحمل خارج الرحم

الحمل خارج الرحم من الأمراض الشديدة الخطر ينتهى دائماً ب وفاة الجنين وغالباً ب وفاة الأم ان لم ينتبه اليه ويشخص ويعالج فى الوقت المناسب . ولا يندر حدوث هذا الحمل الشاذ بقدر ما يُظن بل ان صعوبة تشخيصه فى بعض أطواره وشدة التباسه بأمراض أخرى كثيراً ما تضللان الطبيب عنه .

ما يقينه - الحمل خارج الرحم هو انفراس البويضة الملقحة ، لا فى الرحم كما يجب ، بل فى بوق فالوب ، وهو كثير الحدوث ، أو فى المبيض وهو نادر أو فى البريتون وهو أمر مشكوك فيه . وقد يحدث الانفراس فى القرن الضامر من رحم ذى قرنين أو فى جزء البوق الواقع فى سمك الرحم . ولما كانت الأنواع الأخيرة شديدة الندور فسنهملها وسنعمل كلامنا مقصوراً على الحمل البوق وخصوصاً لأنها لا تختلف عنه كثيراً فى نهايتها وعلاجها .

أطواره - من الوجهة الاكلينيكية يمكن تمييز أربعة أقسام للحمل الخارجى

- (١) حمل خارج الرحم قبل انفجار البوق الحامل .
- (٢) انفجار البوق الحامل وحدوث نزف باطنى شديد .
- (٣) انفجار البوق الحامل وتكوّن قيلة دموية .
- (٤) انفجار البوق واستمرار البويضة فى النمو إما بين طبقتى الرباط العريض أو فى تجويف البريتون .

أسبابه - يظهر ان الأسباب التى تحجز البويضة الملقحة فى البوق هى وجود زدوب (قعور اكياس) غير طبيعية فى البوق تضل فيها البويضة ، أو وجود عائق فى البوق لا يسده تماماً بل يترك فيه سبيلاً كافياً لمرور الحيوان

النوى ولكنه لا يسمع البويضة الملقحة. والأحوال التي تجعل البوق يضيق بهذه الكيفية هي التهاب الفشاء المبطن للبوق ، أو انسداده الجزئى بالتصاقات النهائية ، أو وجود أورام صغيرة فى الطبقة العضلية . ولكن السبب الحقيقى لهذا المرض لا يزال مبهماً لأن كثيراً من الأبواق التى فُحصت بعد العمليات لم يظهر فيها أثر لهذه الأسباب .

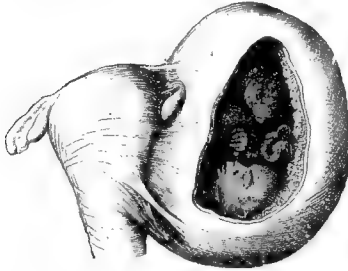
سيره - متى انغرس البويضة خارج الرحم فإن كان الانغراس فى البيض فأنها لا تستمر طويلاً حتى تنفجر . وإن كان فى البوق يأخذ فى النمو مطابقاً لنمو البويضة ، ويتكوّن من غشاء المبطن له ساقط يحيط بها . ولرقة هذا الساقط وضعفه تنفصل البويضة من البوق فى كثير من الأحوال مكونة لأنزفة شبيهة بالانزفة التى تحدث فى الاجهاض الرسمى . وتكرّر حدوث هذه الانزفة حول البويضة يؤدى الى انفصالها وموتها ، وهذا شبيه لما يحدث فى الاجهاض المتروك . فإن كان حجمها صغيراً فقد تمتص تدريجياً ، وإن كان كبيراً فإما أن ينفجر البوق فتسقط فى البطن ، أو أن جدره ينقبض ويقذفها الى تجويف البطن (الاجهاض البوق) ، أو قد تبقى فى البوق وتتقيح من وصول مكروبات التقيح أو السيلان إليها عن طريق الرحم ، أو وصول الباشلس القولونى من الامعاء المجاورة .

وعادة لا يستمر الحمل فى البوق أكثر من شهرين ثم ينفجر البوق بسبب ترقق جدره الناشئ من نخر الخلايا التروفوبلاستية ومن كبر حجم البويضة الى حد لا يتحمله البوق . ومتى انفجر البوق فأما أن يكون الانفجار فى تجويف البريتون وهذا يحدث فى أكثر من ٧٥٪ من أحوال الحمل البوق ، وإما أن يحدث الانفجار بين ورقتى الرباط العريض ويحدث ذلك فى أقل من ٢٥٪ من الأحوال . فإذا كان الانفجار فى البطن يحدث نزف شديد فى

تجوف البريتون ينتهي غالباً بوفاة الأم . غير أنه في بعض الأحوال يتجمد الدم وتحيط الكتلة بالبويضة مكونة لقيلة دموية . ويسمى هذا التمزق بالتمزق الأول . فان نجت الأم من تأثيره وعاشت البويضة فهي إما أن تنمو في البريتون أو بين ورقتي الرباط العريض على حسب وضع الانفجار . فان كان الثاني فالغالب أن يحدث تمزق آخر بين الشهر الثالث ونهاية الحمل . فان عاشت الأم وبقيت البويضة حية بعد التمزق الثاني يستمر الحمل الى نهايته ، ويتكوّن حول الجنين كيس كاذب مؤلف من الامعاء والترّب والالتصاقات البريتونية . ثم يحدث ما يسمى بالوضع الكاذب ويموت الجنين ، ويقذف الرحم غشاءً ساقطاً كاذباً . وقد يتمطن الجنين في البطن بعد ذلك ، أو يتحوّل الى مومياء ، أو ترسب عليه أملاح جيرية فيتحجّر . فاذا حدث ذلك يصغر حجم البطن بسبب امتصاص السائل الأمنيوسي وتأخذ صحة المريضة في الانحطاط وتشعر بطعم كره في فمها ويحدث لها تهوع وقشعيرات وآلام بطنية شديدة . وقد يتقيح وينفجر الخراج المتكوّن في الاحشاء المحفوفة كالامعاء أو المثانة ، أو في جذر البطن . وقد شاهدت حالة نادرة وصل فيها الحمل الى تمام مدته من غير أن ينفجر البوق وقد دخلت هذه المريضة مستشفى القصر العيني بعد وفاة الجنين بشهرين . واستأصلت البوق بمحتوياته . وهذه « العينة » النادرة جداً محفوظة عندي .

الحمل البوقي قبل انفجاره - قبل تمزق البوق لا يتميز الحمل البوق عن الحمل الرحمي في شيء سوى انتياب الآلام للجهة المصابة . والعادة أن ينقطع الحمل شهراً أو أكثر ، وتظهر أدلة الحمل الظنية كالقيء والتهوع وكبر الثدي . ويتلو ذلك حدوث أنزفة متكررة سببها الانفصال الجزئي للساقط الرحمي الذي يتكوّن في الوقت الذي يحدث فيه الحمل البوق . وقد يحدث أن

الساقط الرحمي ينفصل كله وينزل من الرحم ويكون شديداً بصدرية ذات ٣ فتحات : اثنتان علويتان تقابلان فتحتي البوقين في الرحم ، والثالثة سفلى تقابل الفوهة الباطنة للعمق . والوجه الظاهر للساقط يكون خشناً والباطن أملس . والغالب أن يخرج هذا الساقط بعد انفجار الحمل البوقي ، ولكنه قد يخرج قبل ذلك ويكون خروجه مصحوباً بوجع ونزف . وعلى ذلك إذا شكت



(شكل ١٥٤) حمل بوقي قبل الانفجار .

امرأة من أوجاع مَفَصِيَّة في القسم السفلي للبطن وحدثت لها أنزفة متقطعة وبالأخص لو ظنت نفسها حاملاً فالواجب عمل فحص مهبلي لعلها تكون مصابة بالحمل البوقي .

التشخيص - يحس بجانب الرحم أو ورائه بورد مرن مؤلم عند الجلوس ، ويحس عليه بنبضات الشرايين المبيضة . وينفصل هذا الورم عن الرحم بميزاب . أما حجم الرحم فيكون أكبر قليلاً من حجمه الطبيعي ، ويحوز أن نجد ليناً قليلاً في العمق . ويلتبس التشخيص في هذه الحالة . (١) بالاجهاض المصحوب بمائي أو قيحي في البوق ، ولكنه يتميز عنه بأن الحمل البوقي يحدث في جهة واحدة والتجمع البوقي يكون غالباً في الجهتين . وفي الاجهاض

يقناسب حجم الرحم مع عدد شهور الحمل بخلافه في الحمل البوقي . كما أنه قد تنزل من الرحم قطع سلائية اذا كان الحمل رحمياً . (٢) ويلتبس أيضاً بالأكياس المبيضية . (٣) والتجمعات البوقية . (٤) والأورام الليفية والأكياس اذا امت بين ورقتي الرباط العريض . (٥) وبالرحم الحامل المنثنى الى الوراء .

ولكنه يتميز عن الأكياس المبيضية بركة جدر الأكياس وباستدارتها ، وعن الأورام بأنها لا تكون مصحوبة بوجع عند الجس بخلاف الحمل البوقي فهو مؤلم جداً . ومع ذلك فالخطأ في التشخيص ليس مهماً من الوجهة العملية لأن المعالجة الصحيحة لهذه الأورام استئصالها .

ولتمييزه عن الرحم الحامل المنثنى الى الوراء يلاحظ . (١) ان في الحمل البوقي يُحس بالرحم عند عمل الجس المزدوج مدفوعاً الى الأعلى وراء العانة ، ويُحس وراءه بوزم مؤلم مرن . و (٢) ان الفشاء المخاطي المهبطي يكون في أحوال انثناء الرحم الحامل الى الوراء ممتطاً ولا يكون كذلك في الحمل البوقي . والخطأ في التشخيص هنا يحدث نتائج سيئة لاختلاف طرق العلاج . فقد نطن الحمل البوقي رحمًا حاملاً منثنياً الى الوراء فنحاول عدله فينفجر البوق الحامل وتعرض المريضة لأخطار النزف الباطني . ولذا يجب استعمال الرقة في الفحص . والأفضل أن يعمل الفحص والمريضة مبنجة . واذا استعصى التشخيص يُدخل مِجَسٌّ في الرحم لمعرفة اتجاهه . نعم ان في ذلك خطر من تحريض الاجهاض لو كان الرحم حاملاً ، ولكنه أخف الضررين .

العلاج — اذا شخصنا حملاً بوقياً يفتح البطن بشق في الخط المتوسط بين العانة والسرّة طوله ٨ سنتيمترات . ثم تدخل اليد في البطن ويمسك الرحم فاذا تعذر جذبه بالأصابع تمرر في قاعه غرزة من الحرير ويجذب بواسطتها ، ثم يفحص البوقان ويخرج البوق الحامل ويوضع رباط على كل من جانبيه ثم

يُقطع البوق بينهما وبعد استئصاله يحاط الجزء الذى شُقَّ من الرباط العريض ثم يحاط طرفا البوق الواحد الى الآخر بغرزة أو اثنتان . ولا يجوز استئصال المبيض . وإذا سمحت حالة المريضة يُجْتَهِد في ابقاء قناة البوق مفتوحة ويكون ذلك بخياطة الغشاء المبطن لها مع البريتون في جزء البوق الذى يترك بعد العملية متصلاً بالرحم .

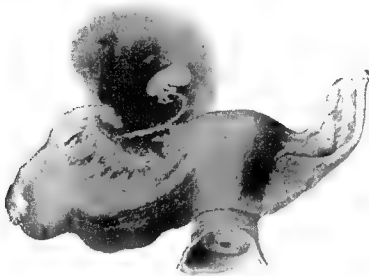
(٢) انفجار البرق المصحوب بنزف باطنى شديد - يحدث التمزق عادة في الشهور الثلاثة الأولى للحمل . فان كان التمزق بين ورقى الرباط العريض فالغالب ان النزف يقف سريعاً وتحسن حالة المريضة الآ فى الأحوال النادرة التى ينتشر فيها النزف تحت البريتون . فاذا نجت البويضة تستمر فى النمو بين ورقى الرباط العريض الى أن لا يستطيع أن يسما فيحدث التمزق الثانى . وتختلف نتيجته بحسب وضع المشيمة فان كانت فوق الجنين عمها التمزق وحدث نزف باطنى شديد . وان كانت تحته فلا يصطحب التمزق بنزف كبير وتأخذ البويضة فى النمو فى التجويف البطنى .

أعراض النزف الباطنى - متى حدث التمزق ينتاب البطن وجع شديد ، إما فى الجهة المصابة وحدها ، أو فى الجهتين معاً . ثم يعقب الوجع قيء وانغماء وشحوب شديد ويضعف النبض ، وتسرع ضرباته ، ويعسر التنفس .

وفى آخر الأمر يتوالى التئدد العميق دلالة على (الجوع الهوائى) . وتهبط قوى المريضة وتبرد أطرافها أولاً ثم سائر جسمها . وتهيج قليلاً ويشدد اضطرابها فان لم يتوقف النزف تموت المريضة حتماً .

العلاج - يجب فتح البطن فى أول فرصة ثم يجذب الرحم خارجه ويوضع جفتان شريانيان واحد على الطرف الرحمى ، والآخر على الطرف الوحشى للبوق . ثم يستعاض منهما برباطين ويستأصل البوق وينظف البطن

من الدم بالرفائد الاسفنجية ، وتحاط جدر البطن كالعادة .
وفي المدة التي تُمد فيها لوازم العملية يجب ربط الأطراف من الاقدام
فما فوق حتى يتوجه الدم الموجود فيها الى الأعضاء الحيوية كالمنخ والقلب ،
بدلاً من توزيعه على الأطراف بلا فائدة . ويجب أن تضجج المريضة على
ظهرها ، وأن تبطل كل حركة ثم تُرفع قائمتا السرير عند قدمي المريضة نحو
عشرين سنتيمتراً لتوجيه الدم الى الرأس ، وافراغ الأوعية الحوضية . ويُمتنع
عن اعطاء المنبهات للمريضة كالكونياك والاستركنين والديجيتالا على الأخص

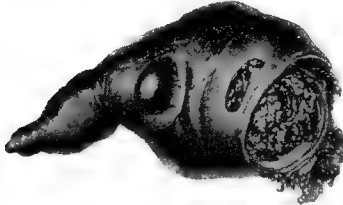


(شكل ١٠٠) حل بوق وقت الانقباض

فانها تُنبّه النزف . انما يجب حقن لتر من محلول ملحي تحت الشدين ،
ويضاف اليه من عشرين نقطة الى ثلاثين من محلول الادريالين المحضر
بنسبة واحد في الألف .

(٣) انفجار البرق وتكونه قبلة دموية - قد لا تكون أعراض النزف
الباطني شديدة لدرجة تقلق بال المريضة فلا تعرض نفسها على الطبيب .
ويكون ذلك في الأحوال التي تنتهي بالاجهاض البوق ، أو بالتمزق البوق
الذي لا يعم شرياناً كبيراً بل يكون النزف على شكل رشع بطني . فيأخذ

الدم في التجمد حول البوق أولاً ثم يتعدى الى رذب ودوجلاس ويكون قيلة دموية مختلفة الحجم وراء الرحم ، أو تجمعاً دمويًا بين ورقتي الرباط المريضة على حسب جهة التمزق .



(شكل ١٥٦) حل بوق على وشك الاجهاض .

ومتى تكونت القيلة الدموية يزداد الوجع ويصيب المريضة حتى تكون غالباً السبب في استشارة الطبيب .

التشخيص — يُحس خلف الرحم أو الى أحد جانبيه بورم صلب ، يكون في أول الأمر عجيباً ثم تشتد صلابته بسرعة ، وتكون حافته السفلى على شكل القية وحافته العليا غير منتظمة وغير واضحة الحدود . وقد يصل أحياناً الى حذاء السرة . أما الرحم فيندفع وراء العانة أو يُطرد خارج الحوض . ولعمل التشخيص التفريقي بين القيلة الدموية والرحم الحامل المثلثي الى الواء تجب شدة الاحتراس من الخلط بين الاثنين . فانا لو ظننا قيلة دموية رحماً حائلاً وحاولنا عدله الى الأمام ، نسب انفصال الكتل فيعود النزف البطني ثانية وربما أودى بحياة المريضة . والنقط المميزة هي (١) ان في القيلة الدموية يُحس بالرحم مدفوعاً وراء العانة ، و (٢) انه بالرغم من اندفاع العنق وراء العانة لا يكون الغشاء المخاطي المهبل ممتطاً كما يحدث في الرحم المثلثي الى وراء .

المعالجة — متى تكونت القيلة الدموية فالبويضة تكون قد ماتت

وتختلف المعالجة بحسب حجم القيلة ، وبحسب الأعراض التي تصاحبها .
فان كانت القيلة صغيرة جداً تؤثر المريضة بملازمة الفراش . وتمطى مليئات
يوميًا على حسب اللزوم . ويكون غذاؤها مقصوراً على السوائل ، فان نقص
حجم القيلة فهذا دليل على أنها آخذة في الامتصاص . ولكن للمعالجة بهذه
الطريقة اذا كانت القيلة كبيرة جملة مضار منها : (١) ان المدة الطويلة التي
تضطر المريضة فيها للملازمة الفراش تُضعف صحتها كثيراً ، و (٢) انه كثيراً
ما تقيح القيلة وينفجر الخراج في المهبل ، أو الامعاء أو المثانة أو البريتون ،
و (٣) انه في الاحوال التي تُمتص فيها القيلة تبقى التصاقات بريتونية كثيرة
محيطه بالقوق تكون سبباً في العقم ، والآلام البطنية الدائمة ، و (٤) ان
النزف الباطني قد يبدأ بالثاني في الأحوال النادرة التي لا تموت فيها البويضة .
ولذا فاننا ننصح بأنه اذا وافقت المريضة تُعمل لها عملية من أول الأمر . أما
الأحوال التي يتختم فيها عمل العملية فهي : -

(١) اذا كان الورم آخذاً في الكبر لأن ذلك دليل على أن النزف لم
ينقطع وبالأخص اذا اصطحب ذلك بوجع وشحوب في اللون .

(٢) اذا سبب الورم صعوبة في التبول .

(٣) اذا ظهر من الأعراض ان القيلة تقيحت كأن ترتفع الحرارة ويزداد
الوجع . أو اذا فحص الدم ووجد ازدياد في عدد الكرات البيضاء وازدياد في
نسبة الكريات ذات النوايا العديدة الى غيرها .

العملية - (١) اذا ظهرت أعراض تقيح بوضع منظار خلفي في المهبل
ويثبت العنق يحففت ذى مشبكين ولا يُجذَّب . ويشق الجزء الأشد بروزاً في
الردب الخلفي للمهبل . ويكون طول الشق ٣ سنتيمترات ثم يرفع الجفت
وتُدخل اليد في المهبل وتولج السبابة في الفتحة التي عملت وتُفصل الجلط الدموية

ثم يفسل التجويف بمحلول ملحي مع الاحتراس الشديد . ولا يُرفع الزاقي أكثر من عشرين سنتيمتراً عن مستوى الحوض . ثم يسد التجويف بالشاش اليودوفورمي وترفع السدادة بعد ٢٤ ساعة وتماد ثانية لمدة ٤ أيام . وفي الأحوال التي يكون فيها القيح كثيراً يستحسن أن توضع أنبوبتان في تجويف الخراج فإن ذلك أفضل بكثير من السد .

(٢) أما إذا لم تكن هناك أعراض تقيح فالأفضل فتح البطن ، وفصل الجلط الدموية بالأصبع المعقم برفائد اسفنجية . وغالباً يُضطرّ الى ترك قطع صغيرة من الجلط تكون شديدة الالتصاق بالأعضاء ، ولا يسهل فصلها بغير ضرر . فإن لم يحدث رشح من فصل الجلط يقفل البطن كالعادة . وإن حدث رشح واستحال إيقافه يمتدّ ردب دوجلاس بالشاش اليودوفورمي وتعمل فتحة في الردب الخلفي للمهبل ويخرج منها طرف من الشاش اليودوفورمي الذي استعمل . ويقفل البطن كالعادة . وبعد ٤٨ ساعة يُرفع الشاش من المهبل . ولا يعاد السد .

(٤) إذا انفجر البوق واستمرت البويضة في النمو في التجويف البطني — قد يحدث ذلك بعد انفجار البوق الأول أو بعد انفجار الحمل الرباطي أي الذي بين ورقتي الرباط العريض ، فيسقط الجنين في تجويف البطن ويتكوّن حوله غشاء كاذب مؤلف من التصاقات بريتونية ومن التّرب والأعضاء . يأخذ في النمو الى تمام المدة . ويصعب جداً في الشهور الأخيرة للحمل تمييز ما إذا كان الحمل داخل الرحم أو خارجه . وذلك لأن البطن يكون ممتلئاً بالجنين فيصعب تعيين مركز الرحم ، ولأننا نخشى في هذه الأحوال ادخال مجس في الرحم خوفاً من أن يكون الحمل رحيماً . والنقط التي تفرق بين الاثنين هي أننا في الحمل الخارجي لا نشعر بانقباضات رحمية ولا نسمع النفخ الرحي .

ولكن كثيراً من النفقات لا يَقْرُون ذلك . ولما كانت الأعراض التي تشعر بها الحامل في الأشهر الأخيرة للحمل الخارجي غير واضحة فيندر أن تستشير الطبيب إلا بعد فوات الزمن الذي كان يجب أن تحدث فيه الولادة . فينبى على ذلك ان الجنين يموت في بطنها وتحدث اعراض الولادة الكاذبة وينزل من الرحم ساقط .

المعالج - اذا شاعدا الحالة وقت انفجار البوق أو تَمَزَّق الرباط المريض ان كان الحمل رباطياً ، فالواجب فتح البطن حالاً واخراج متحصل الحمل ، وربط الأوعية الدامية . واذا شخّصنا الحمل الخارجي بعد الانفجار وكان الجنين حياً ، فالأفضل أن لا نهتم بأمر الجنين . لأن أغلب الأجنة التي تنمو في البطن تكون ضعيفة ويندر أن تمشي ، في حين أن الخطر على الأم من ترك الحمل شديد جداً . ولذلك فالواجب فتح البطن متى تأكدنا من التشخيص واخراج الجنين والمشيمة . وفي بعض الأحوال يصعب جداً اخراج المشيمة لشدة التصاقها بالأعضاء وسائر الأعضاء البطنية ، فتصير العملية وقتئذ من أشد عمليات البطن خطراً . ولهذا السبب ينصحون في الأحوال التي يتعدى فيها الحمل الشهر الخامس بأن يَنْتَظَر شهران بعد حدوث الولادة الكاذبة وتعمل العملية ، لأن المشيمة وأوعيتها تكون قد ضمرت وقتئذ .



خلاصة سير ومعالجة الحمل خارج الرحم

المعالجة	فإذا لم تنجح الحالة بما يناسبها يفتأ منها ما يأتي :-	الأمور التي تنشأ عن ١ و ٢ و ٣	إذا لم يتناحل البوق المائل تحت الأمور الآتية تزد نهاية الشهر الثالث	الحمل خارج الرحم يحدث إما في البوق أو في المبيض والآخر نادر ولذا سنهله
١ - فتح البطن حالا وربط الأوعية النازقة. ب - الراحة في الفراش في حالة الانقباض. ٢ - وضع الحراج مهبلياً في حالة التقيح. ج - فتح البطن. فتح البطن إذا لم يحدث تقيح أو فتح الحراج أو الانتظار إذا ظهر أنها مستعصية.	١ - وفاة المريضة. ب - امتصاص البورصة أو تقيحها. ج - يبلغ الحمل تمامه. ٢ - امتصاص القيحة أو تقيحها. ١ - وفاة المريضة. ب - امتصاص التقيح الدموي. ج - أما الانتظار التأوى أو نعو الحمل إلى التمام.	١ - يحدث نزف ضاف في عموم التجويف البريتوني. ب - تتكون قيحة دموية خلف الرحم. ج - تنصق البورصة في التجويف البطني ولا يكون النزف شديداً. ٢ - تتكون قيحة دموية حول البوق أو في قعر كيس دوجلاس. ٣ - يحدث نزف ضاف بملا الرباط الرخيص وينتشر تحت البريتون. ب - يتكون تجمع دموي. ج - لا يحدث نزف شديد وتتم البورصة بين طبقتي الرباط.	١ - يحدث الامحاض البوقي. ٢ - يحدث الاجحاض البوقي. ٣ - ينفجر بين ودرقى الرباط المرضي.	الحمل البوقي

الفصل التاسع عشر

﴿ النزف قبل الولادة ﴾

ينقسم النزف قبل الولادة الى ثلاثة أقسام بحسب تاريخ حدوثه وهى : —
(أ) نزف الأشهر الثلاثة الأولى للحمل أعنى قبل تمام تكوين المشيمة .

(ب) نزف الأشهر الثلاثة الثانية للحمل .

(ج) نزف الأشهر الأربعة الأخيرة للحمل .

أما نزف الأشهر الثلاثة الأولى للحمل فقد سبق الكلام عليه عند الكلام على الاجهاض الموشك ، والحمل خارج الرحم . وعلى ذلك فسيكون كلامنا فى هذا الفصل مقصوراً على نزف الأشهر الثلاثة الثانية ، والأربعة الأخيرة .

(ب) النزف الذى يحدث فى الشهر الرابع والخامس والسادس للحمل قليل الحدوث وصعب المعالجة ويتسبب من شيئين : —

(١) انفصال المشيمة ، (٢) استحقالة البويضة أى فسادها . أما انفصال المشيمة فقد يتسبب من اندغامها بقرب العنق أو من وجود التهاب رحمى باطنى ، أو من إصابة الام بالزهرى أو الالتهاب الكلى ، أو من تسمات الحمل الامتناسية . أما استحقالة البويضة فقد يكون سببها تكوّن المول الحوىصلى ، أو الاستحقالة اللحمية للاجهاض المتروك .

الأعراض — قد يحدث النزف تدريجياً أو يمجى فجاءة بمقادير عظيمة فيميت المريضة ان لم يوقف حالاً . وقد ينزل دم النزف الى المهبل أو يتجمع داخل الرحم .

التفخيص — تستحيل معرفة السبب الذي أحدث النزف الا عند اخلاء الرحم.

المعالجة — اذا كان النزف طفيفاً فقد يمكن إيقافه بالراحة التامة في الفراش وبإعطاء مقادير صغيرة من خلاصة الهدراستس الكانادي أو ملعقة بن من سائل سدانس (Liquor Sedans) كل ٣ ساعات. أو أقراص السيتول ، قرص كل ٤ ساعات ، ويعطى أيضاً من لبنات الجير جرام محلول في فنجان ماء مرتين يومياً.

أما اذا فقدت المريضة مقداراً من الدم لا تستطيع ان تفقد أكثر منه مع حفظ سلامتها ، أو اذا نزل من الرحم مفرزات عفنة ، أو اذا كان الجنين ميتاً فالمعالجة تنحصر في اخلاء الرحم .

والطريقة التي تتبع في اخلاء الرحم تختلف بحسب ما اذا وجدت مفرزات متعفنة أو لم توجد . فان لم توجد مفرزات متعفنة تمدد العنق تمديداً بطيئاً ، وذلك بأن ندخل فيه كثيراً من أقلام اللاميناريا الصغيرة الحجم ، ثم نفعل سدادة مهبلية متينة . وبعد مضي أربع وعشرين ساعة نرفع السدادة والأقلام فنجد العنق متمدداً للدرجة تسمح بولادة الجنين حالاً . فان لم يولد الجنين تمكن مساعدة الرحم على قذفه بعمل التحويل وانزال قدم .

أما اذا نزلت من الرحم مفرزات عفنة فلا يجوز عمل التمديد البطيء بل تعطى المريضة كلوروفورماً ثم يمدد العنق بمعدات هيجار الى أن يمكن ادخال أصبع في العنق . وعندئذ تولى أصبع داخل الرحم ويبحث بها عن قدم وتخرج القدم من العنق . وبالجذب على الساق يمكن انهاء الولادة جالاً .

فاذا وجدنا أن المشيمة لم تنقذف بعد ولادة الجنين فالأفضل تخليصها بالأصابع : فاذا وجدنا بعد تخليص المشيمة ان الرحم رخو ، أو اذا حدث

- نزف أو اذا وجد تعفن فالواجب سد الرحم بالشاش اليودوفوروي .
(ج) أما نزف الأشهر الأربعة الأخيرة للحمل فينقسم الى : -
(١) النزف العارضى .
(٢) النزف المحتم حدوثه .

﴿ النزف العارضى ﴾

هو النزف الذى يحدث من انفصال المشيمة المندغمة اندغاماً حميداً .
أسبابه - هى ذات أسباب نزف ثلاثة الأشهر الثانية للحمل وعلى الأخص
الالتهاب الكلى، والالتهاب الرحمى الباطنى والسكتات المشيمية . والتسمات
الامتصاصية (توكسيميا) للحوامل هى السبب الأهم فى حدوث النزف العارضى
أنواعه - له نوعان : -

- (١) النزف العارضى الباطنى .
(٢) النزف العارضى الخارجى .
(١) النزف العارضى الباطنى لا يحدث النزف العارضى الباطنى الا
اذا كان الرحم ضعيف الجدر ومصاباً بالالتهاب المزمن بحيث لا تستطيع
جدره أن تحدث القوة الكافية لطرد الدم النازف الى الخارج . وفى هذا
المرض يتجمع الدم النازف فى باطن الرحم فيتسع الرحم ليسعه . وعلى ذلك فقد
تموت المريضة من النزف الباطنى ولا ينزل من الرحم نقطة دم واحدة . ويختلف
مقدار النزف الباطنى بحسب مرونة الألياف العضلية للرحم فكلما ضعفت
قوة ومرونة الألياف العضلية كان النزف الباطنى أشد . أما الألياف العضلية
السليمة فلا تسمح بتمدد الرحم بالدم بل تطرده للخارج .
اعراض - هى ذات أعراض النزف الباطنى . وأهمها الهبوط واصفرار

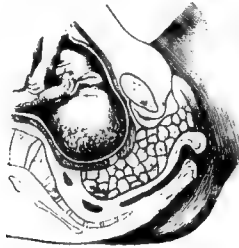
الوجه وضعف النبض وسرعته أو بطؤه، وانخفاض الحرارة والأوجاع البطنية الشديدة. وتختلف قوة هذه الاعراض بحسب مقدار ما تزف من الدم. ثم ان الرحم يكبر حجمه ويصير مؤلماً ويصعب بل يستحيل تمييز أجزاء الجنين. **المعالجة** — اذا لم يكن المخاض قد ابتدأ يمدد العنق بسرعة أو يفعل فيه شقوق جانبية ثم يفعل التحويل القدامى، ويخلص الجنين بالجذب على الساق. فاذا لم يقف النزف بعد الولادة يُسد باطن الرحم بالشاش اليودوفورى. أما اذا حدث النزف في بداءة المخاض فالغالب أنه يقف من نفسه اذا مَرَّقت الاغشية وذلك الرحم. فاذا لم يقف فالواجب تخليص الجنين بسرعة. وينسبون للتوترين المقدرة على احداث انقباض في الرحم يساعد على ايقاف النزف فلا بأس من استعماله. وبعض المولدين يشير بعمل العملية القيصرية إما من البطن أو من المهبل اذا شوهدت المريضة قبل استفحال النزف.

(٢) **النزف العارضى الخارجى** — فى هذا النوع ينزل الدم من الرحم بمجرد نزفه من الأوعية. وفى بعض الأحوال التى لا تكون فيها مرونة الألياف العضلية على ما ينبغى يحدث أولاً نزف باطنى قليل الى أن يصير الضغط فى باطن الرحم قوياً لدرجة تمكنه من طرد الدم الى الخارج. **الاعراض** — أهمها نزول الدم من الرحم. وفى الأحوال التى يحدث فيها نزف باطنى قليل يسبق نزول الدم أوجاع بطنية.

التشخيص — يلزم تمييز هذا النوع من النزف عن النزف المحتم حدوثه أى التسبب من اندغام المشيمة اندغاماً معيباً. وطريقة ذلك هى أن نفحص الحامل مهلباً فاذا أمكننا الاحساس بالمشيمة من العنق ومن ثَمَّور الأكياس فالنزف سببه الاندغام المعيب للمشيمة. ويكون هذا الفحص بوضع نصف اليد فى المهبل ثم ادخال اصبع فى العنق الذى يكون مشدداً بسبب النزف لدرجة

تسمح بادخال الأصبع . وتتميز المشيمة عن الجائط الدموية بأن الأخيرة يسهل فصلها بالأصبع أما المشيمة فيحس بها كجسم اسفنجي سميك . وبالجس البطني يمكننا تشخيص الاندغام المريب المشيمة أيضاً وذلك لأننا اذا وجدنا الرأس منحشراً فهو دليل على أن المشيمة مندغمة اندغاماً حميداً .

المعالجة — تختلف المعالجة والاذار بحسب الانقباضات الرحمية وجوداً وعدمها . فان وجدت فالمعالجة بسيطة والاذار حميد والعكس بالعكس .



(شكل ١٥٧) السدادة المهبلية

والمعالجة في هذه الأحوال مبنية على ان الرحم ذا الجدر السليمة لا يسمح للدم بالتجمع فيه . فاذا فعلنا سدادة مهبلية متينة فهي تضغط على العنق وتوقف النزف لأنه لا يستطيع أن يتجمع داخل الرحم ولا أن ينزل خارجه . فضلاً عن أن السدادة المهبلية تعرض الولادة وهي أحسن ما يراد حدوثه . وذلك لأن الانقباضات الرحمية التي تصحبها تساعد على إيقاف النزف .

ولعمل السدادة المهبلية تنام الحامل على حافة السرير بالعرض . ثم تطهر أعضاء التناسل ، وتبنيج المريضة بالكحول وفورم اذا اقتضى الأمر . ثم يوضع في المهبل منظار خلفي ، وتقطع المثانة ويؤتى بقطع من شاش اليود وفورم التي

تكون قد تركت في محلول الليزول $\frac{1}{2}$ مدة طويلة وتعصر جيداً ونسدها
ما حول العنق سداً متيناً مبتدئين بالرطب الخلفي ثم الجانبين ثم المقدم ثم
تُحسّر قطع من القطن أو الشاش قبالة العنق حتى تنسد المسافة بين الرذوب
تماماً. ثم يسد باقي المهبل سداً متيناً بقطع من القطن المبلل بالليزول والمخل
عشر دقائق بعد عصره جيداً. ويوضع حفاظ نظيف على الفرج ويربط برباط
حرف T. ثم يربط البطن برباط متين جداً حتى بذلك ينضغط الرحم الى
أسفل، ويقوى تأثير السدادة على العنق. ثم تترك السدادة الى أن يشتد
الطلق وعندئذ تُرْفَع. ويحدث ذلك عادة بعد أربع ساعات. فاذا لم تحرض
الولادة بعد ١٢ ساعة ترفع السدادة خوفاً من التعفن، فاذا عاد النزف يعاد
عمل السدادة. ويتوقف نجاح هذه المعالجة على ثلاثة أشياء وهي: —

(١) أن يكون الرحم سليماً أى تكون عضلاته قوية لا تسمح بحدوث
نزف باطنى.

(٢) أن تكون البويضة سليمة أى لم ينفجر الجيب. غير أن بعض
المؤلفين يؤكدون فائدة السدادة ولو انفجر جيب المياہ.

(٣) أن تكون السدادة محكمة ومتينة والآ استمرار الرشع قبل السدادة
ونزّها خارجها.

وبعد عمل السدادة تجب مقاومة الانحطاط الذى يصيب المريضة بسبب
النزف وبسبب ضغط السدادة، فتعطى أولاً حقنة مورفين ٠.٠٢ و. واثروين
نصف ملائجرام. ويتبع ما سيذكر في الكلام على الهبوط الذى يتبع النزف
بعد الولادة.

والمعالجة السابق ذكرها تفعل اذا لم تكن المريضة في المخاض. أما اذا
حدث النزف وقت حدوث طلق قوى فالمعالجة تنحصر في تحريك الأغشية

فتمت نزل السائل الأميوسى ينقبض الرحم على الجنين فيقل حجم السطح المشيمى . فاذا كانت القوة الظاهرة ممتدة تمداً كافياً يفعل التحويل القدي ويخلص الجنين ، أو يوضع الجفت ان كان الرأس منحسراً . أما اذا لم تكن القوة الظاهرة ممتدة واستمر النزف فتفعل السداة المهبيلة .

ملحوظة — ينصح بمض المولدين بتمديد العنق صناعياً تمديداً سريعاً إما بالممددات أو بالشقوق الجانبية ثم انتهاء الولادة حالاً . وهذه المعالجة خطيرة جداً لأنها تعرض المريضة للموت من وقوف حركة القلب وذلك يسبب الصدمة التي تتبعها خصوصاً لأن المريضة تكون في حالة هبوط بسبب النزف .

✽ النزف المحتم حدوثه ✽

وهو النزف الذى يحدث من انفصال المشيمة المندغمة اندغاماً معيباً أى المندغمة كلها أو المندغم جزء منها فى القسم السفلى للرحم . وهو نادر الحدوث يحدث مرة فى كل مائتى ولادة .

أسبابه — الأسباب التى تجعل المشيمة تندغم بالقرب من العنق ، لا فى موضعها الطبيعى ، ليست مفهومة تماماً ولكنهم ينسبون عادة لأحد ثلاثة أشياء وهى : —

(١) ان الرحم يكون مصاباً قبل الحمل بالالتهاب الرحمى الباطنى : فيكبر تجويفه ، ولا تكون جدره ملائمة بعضها لبعض . فتمت نزل البويضة المخصبة الى الرحم فهى لا تنحجز بالقرب من البوق الذى نزلت منه ، بل تنحدر الى القسم السفلى للرحم وتلتصق فيه فتتكون المشيمة فى مكان الالتصاق .

(٢) ان الحمل السلائى الذى فى القسم السفلى للساقط المنعطف لا يضم كالمادة بل يزداد نموه ويكون جزءاً من المشيمة .

(٣) ان المشيمة المندغمة اندغاماً معيباً هي في الواقع مندغمة اندغاماً حميداً ، ولكن بسبب كبر حجمها يندغم جزء منها في القسم السفلى للرحم . هذه هي أسباب الاندغام المعيب المشيمة . أما أسباب انفصالها مدة الولادة فهي انه متى ابتدأت الفوهة الباطنة في التمدد ، والعنق في الامحاء ، والقسم السفلى للرحم في الاتساع ، فالسطح الذي يحدد تنفصل عنه المشيمة طبيعياً فيحدث النزف .



(شكل ١٥٨) الاندغام اميب للمشيمة (جلايين) .

أما أسباب انفصال المشيمة المندغمة اندغاماً معيباً في الأشهر الأربعة الأخيرة للحمل فهي : (١) انه في هذه المدة يكون القسم السفلى للرحم آخذاً في الاتساع ، فيصير السطح الذي كانت المشيمة مندغمة فيه أكبر منها فينفصل جزء منها . (٢) أن الانقباضات الرحمية المتقطعة التي تحدث مدة الحمل تزداد قوتها في الأشهر الأخيرة للحمل فتساعد على تمدد الفوهة الباطنة في برهة حدوث الانقباض ، فيتسبب عن ذلك انفصال المشيمة اذا

كانت مندغمة في الفوهة الباطنة . (٣) أن المشيمة المندغمة اندغماً معيياً
تفصل بنفس الأسباب التي تفصل المشيمة المندغمة اندغماً حميداً
الأنواع — للمشيمة المندغمة اندغماً معيياً ثلاثة أنواع (انظر شكل ١٥٩).
(١) الاندغام المغيب المركزي — وفيه يكون الجزء الأكبر من المشيمة
مغطياً للفوهة الباطنة والسطح المجاور لها .



(٢) الاندغام المغيب الطرفي — وفيه تكون
حافة المشيمة مندغمة في حافة الفوهة الباطنة .
(٣) الاندغام المغيب الجانبي — وفيه يكون
جزء من المشيمة مندغماً في القسم السفلي للرحم
ولكنه لا يكون ملاصقاً للفوهة الباطنة .

الاعراض — هي حدوث النزف من الشهر
السابع فما فوق . وعادة يحدث النزف بلا وجع
وقد يحدث في أثناء النوم . وقد يكون النزف
شديداً الى حد أن يُعيت المريضة في برهة قصيرة
أو قد يكون قليلاً ومتكرراً .

(شكل ١٥٩)
الاندغام المغيب للمشيمة
١ اندغام مغيب طرفي
ب د حميد
ج د مغيب جانبي
د د مركزي

النسبجي — اذا احسنا بالمشيمة مهلياً

فوق العنق أو بالقرب منه فهي مندغمة اندغماً معيياً . وبالجس البطني نجد
أن الجزء الآتي به الجنين أعلى مما يكون عادة . وذلك لأن اندغام المشيمة
على العنق يمنعه من الانحشار .

المعالجة — تختلف المعالجة بحسب درجة تمدد العنق ، ويكون السير
فيها كما يأتي : — (١) اذا لم تكن الفوهة الظاهرة متمددة الى حد أن
تقبل أصبعين ، وهذا نادر جداً ، تعمل السدادة المهبلية : (٢) اذا أمكننا

ادخال أصبعين في العنق يُعْمَل التحويل القدي المزدوج ، وبعد انزال قدم تُتْرَك الحَالَة للطبيعة . (٣) اذا كانت الفوهة ممتدة تماماً ولم يكن الرأس محشوراً يُعْمَل التحويل القدي الباطني . وغالباً تنتهي الولادة في أقل من ساعة . ولا خطر من الجذب على القدم لمساعدة التخليص . واذا استمر



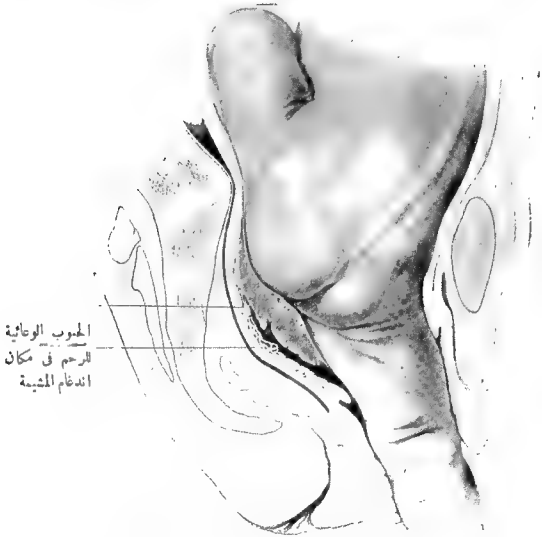
(شكل ١٦٠)

طريقة إيقاف النزف بسد المهبل في الاندغام المغيب للمشية اذا كان العنق منقبضاً (بـ)

النزف تفصل المشيمة بالأصابع ويفصل باطن الرحم بزرقة حار . ويسد بالشاش اليودوفورمي اذا اقتضى الأمر .

وفي عمل التحويل المزدوج يجب أولاً تشخيص الوضع ومعرفة الجهة التي يكون الظهر متجهاً اليها ثم يحول الوضع بالحركات الخارجية الى وضع مستعرض ، وذلك بدفع الرأس دفعات متتالية في اتجاه الظهر . ثم تظهر

أعضاء التناسل الظاهرة بدهنها بصبغة اليود ، ويطهر المهبل بالزرق بمخلول الليزول ثم تدخل اليد كلها في المهبل ويولج أصبعان في العنق ثم تُثَقَّب المشيمة بهما ان كان وضعها مركزياً ، وتثقب الأغشية بمسبر عقيم . فاذا أحسستنا بالرأس ندفعه في اتجاه ظهر الجنين ثم تُضَنَّفُ المقعدة باليد الأخرى الموضوعة



(شكل ١٦١) طريقة براكتون مكس لابقاف النزف بالتحويل (بـ)

على الرحم حتى يسهل الوصول الى القدم أو الى الركبة ومنها نصل الى القدم، ثم يُمسَك القدم بين الأصبعين ويحتهد في اخراجها من العنق ، فان كان العنق متمدداً بحيث يسع القدم والأصبعين معاً أُخرج منه والآ فيدخل جفت ذو مشبكين مهيأ على الأصبعين ويُشَبَّك في مشط القدم، ويُجَذَّب الى أسفل.

ولا خوف من حدوث ضرر للطفل من الحلفت . بخلاف ما لو حاولنا توسيع العنق بادخال أصبع آخر حتى يسهل اخراج القدم فاننا حينئذ لا بد وأن نُحدث تمزقاً قد يمتد الى الشريان الرحمي ويحدث نزفاً قتلأاً بعد خروج الجنين . وفي بعض الأحوال تسهل هداية القدم الى العنق بالضغط بالأصبعين على مشط القدم ، ثم الضغط على المقعدة من البطن ، فتقترب أصابع القدم من الفوهة الباطنة . فتي تم ذلك يُخرج الأصبعان من العنق ويدفع العنق على القدم فيمر منه . ومتى نزلت القدم يربط حول المقب شريط من الشاش ويترك متديلاً خارج الفرج . ويترك باقى الولادة للطبيعة . فاذا حدث نزف يجذب الشريط المربوط فى القدم فتضغط المشيمة بين المقعدة والقسم السفلى للرحم فيقف النزف . وحذار من محاولة تمديد العنق بالجذب على القدم فانها لا شك تحدث تمزقاً عظيماً فى العنق . وفوق ذلك تحدث صدمة قلما تنجو المريضة منها . وقد تتأخر الولادة يوماً أو أكثر بلا ضرر على المريضة . أما حياة الجنين فى هذه الظروف فلا يجب الاهتمام بها بالدرجة تنافى مصلحة الأم . لأننا لو حاولنا تخليص الجنين بسرعة مزقنا العنق وعرضنا الأم للصدمة والمهبط الذى يتبع النزف وفى كثير من الأحوال يكون الجنين ميتاً بسبب انفصال المشيمة . ومتى تحرّضت الولادة وولد الجنين فالأفضل عدم الانتظار طويلاً لنزول المشيمة بل يستحسن تخليصها بالأصابع .

التحريد بكيس شامبيتى دى ريب — فى الأحوال التى تكون فيها حياة الطفل ذات أهمية خاصة يستحسن أن لا يعمل التحويل ، يؤتى بكيس شامبيتى دى ريب المعقم ، ويدخل فى العنق بواسطة جفته الخالص بعد تمزيق الأغشية . ثم يدفع داخل الرحم ، ويملأ بالماء بمحفته الخاصة . ومتى امتلأ الكيس يُقفل منه طرفه الظاهر ثم يجذب الى أسفل قليلاً فن ضغطه على

المشيمة يقف النزف . وبعض المولدين ينصح بتعليق ثقلٍ وزنه رطلان في شريط يربط في نهاية الكيس ويتدلى فوق كرسى أو على حافة السرير . ومتى تمدد العنق تمددًا كافيًا لخروج الجنين يخرج الكيس ، وتُنهي الولادة بوضع الجفث إذا تأخر نزول الرأس وخيف من عودة النزف .

انقطاع الاندغام المعبى للمهيمز — (١) انها تُعرض الأم للاصابة بالحلى النفاسية بعد الولادة . ١ . بسبب ضعف المقاومة الناشئة عن النزف . وب . لإمكان وصول المكروبات لباطن الرحم عند اجراء العمليات اللازمة لايقاف النزف . وج . لأن اندغام المشيمة بقرب العنق يسهل وصول العدوى الى خثر الدم التى تسد الجيوب الوعائية للرحم فى مكان اندغام المشيمة . (٢) سهولة امتداد أى تمزق يحدث فى العنق بحيث يعم الشريان الرحمى فيحدث نزف قَتَال . وذلك لأن اندغام المشيمة على العنق أو بقربه يضعف مقاومة الغشاء الساقط للخلايا التروفوبلاستية فتتهدى فى نحر أنسجة الرحم فتتفرق كثيراً وتصبح عرضة للتمزق السريع .

الانذار — يموت من الأمهات واحدة من كل سبع ، ومن الأجنة تسعة من كل ثلاثة عشر .



الفصل العشرون

﴿ مضاعفات الدور الثالث ﴾

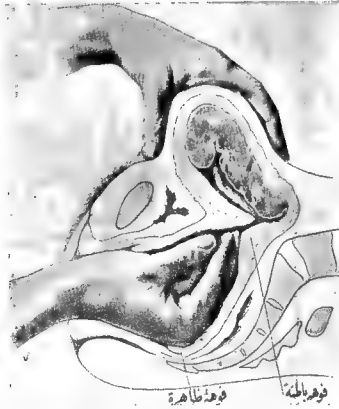
احتباس المشيمة . النزف بعد الولادة . انقلاب الرحم .
يقصد بالدور الثالث هنا المدة بين ولادة الجنين وخروج المشيمة ووقوف النزف .

﴿ احتباس المشيمة ﴾

ذكرنا قبلاً في الكلام عن الدور الثالث في الولادة الطبيعية ان العامل الأكبر في انفصال المشيمة هو تكوّن كتلة دموية بين مركز المشيمة ومكان اندغامها في الرحم ثم انضغاط هذه الكتلة وفرطتها عند حدوث انقباض في الرحم . و ذكرنا ان استطالة الكتلة بهذه الكيفية تكون سبباً في انفصال جزء آخر من المشيمة وحدوث نزف من مكان انفصاله يزيد في حجم الكتلة متى تجمّد . وقد نبهنا على أن اليد التي توضع فوق الرحم بعد ولادة الجنين وظيفتها سند الرحم ومراقبته خشية حدوث نزف باطنى لا غير . أما لو حاولنا ذلك الرحم بقصد الاسراع في خروج المشيمة لترتب على ذلك : (١) طرد الكتلة الدموية التي وظيفتها فصل المشيمة . و (٢) حدوث انقباضات رحمية غير منتظمة ليس لها قوة على طرد المشيمة بقدر ما للانقباضات الطبيعية .
أما اذا مضت ساعة بعد ولادة الجنين ولم تنزل المشيمة فالواجب مساعدتها على ذلك .

أسباب احتباس المشيمة - (١) خمود الرحم وقد سبق ذكر أسبابه ويضاف عليها استعمال الكلورفورم وقت الولادة وامتلاء المثانة بالبول .

- (٢) وجود التصاقات مَرَصِيَّة بين المشيمة وأغشيتها وبين الرحم، سببها التهاب السواقط الذي ينشأ من وجود التهاب رحمى باطنى قبل الحمل .
- (٣) المشيمة الغشائية. لأنها تنثني على نفسها وقت حدوث الانقباضات الرحمية فيصعب انفصالها .
- (٤) انقباض حلقة الانكماش الذى يتسبب عن ذلك الجزء السفلى للرحم (شكل ١٦٤) .



(شكل ١٦٢)

كيفية تخليص المشيمة بالأصابع اذا انقبض النقي .

المعالج - فى الأحوال العادية اذا لم يصطحب احتباس المشيمة بنزف مزعج واذا لم يسرع النبض كثيراً ، ولم تظهر أعراض الهبوط فالواجب ترك المشيمة ساعة . فاذا مضت الساعة ولم تخرج المشيمة فالواجب مساعدتها على الخروج ، فاذا كان سبب الاحتباس هو أن المولود ذلك القسم السفلى للرحم

فالواجب أن يبتذل ذلك حالاً ، ويعطى المريضة ٠.٠١ مورفين حقناً تحت الجلد فيزول الانقباض . فاذا لم تنحصر المشيمة بذلك قاع الرحم الى أن ينقبض ثم يعصر كما تعصر الليمونة بين الأصابع . فاذا لم تنحصر بهذه الكيفية فالأفضل تخليصها بالأصابع . ولعمل ذلك تطهر الأيدي والأعضاء التناسلية نظهيراً



(شكل ١٦٣) تخليص الرحم بطريقة دبلن

دقيقاً ثم نضم الاصابع بعضها على بعض على شكل قمع وندفعها في الرحم بغاية اللطف والتدريج مع الضغط على قاع الرحم الى أن تمر الأصابع . ومتى مرّت تزلق بين الرحم والأغشية وتحرّك من جنب الى آخر . فان كانت المشيمة مندمغة في الجدار الخلفي للرحم نبدأ في امساكها من أسفل الى أعلى وان

(٤٧)

كانت مندغمة في الجدار المقدم نفصلها من أعلى الى أسفل . ومتى خرجت
يجب التحقق من كونها كاملة ومن أن الاغشية خرجت بتمامها .



(شكل ١٦٤)
انقباض وسط الرحم
كالساعة الرملية واحتباس
المشيمة .

أما اذا كان سبب الاحتباس وجود التصاقات
مرضية بين المشيمة والرحم فاللازم تخليص المشيمة
بالأصابع . ولعمل ذلك تؤمر الوالدة بالاضجاع على
حافة السرير بالمرض ثم نظراً أعضاءها التناسلية وتقسطها
لتفريغ المثانة . ثم ندخل احدى اليدين في المهبل بعد
لبس كف من المطاط وندفعها في الرحم خلف الأغشية
ونضغط باليد الأخرى على القاع . ثم نبحت باليد التي في
داخل الرحم عن حافة المشيمة وبواسطة أطراف الأصابع
نفصلها عن الرحم بحركة تذبذبية (منشارية)

(انظر شكل ١٦٦) . ونجتهد في أن نفصل المشيمة كلها قطعة واحدة ومتى
انفصلت نمسكها باليد ونخرجها من الرحم . ثم نفصل باطن الرحم غسلاً جيداً
ومن الموافق في عمل هذه العملية ألا يعطى للمريضة كلوروفورم لثلاث يمتل
انقباض الرحم فيما بعد . ويجب التحقق بعد نهاية العملية من خلو الرحم
تماماً . ولا خوف من ادخال اليد في الرحم مرة بعد أخرى اذا اقتضى
الأمر . ومما يساعد على فصل الاغشية أن يُحَكَّ باطن الرحم بقطعة من الشاش
اليودفورمي .

ويتبعون في ألمانيا لتسهيل انفصال المشيمة وخروجها الطريقة التي
أشار بها ماجون استاذ التشريح والفسيولوجيا في جنوا سنة ١٨٢٦ وأحيائها
جاستون في مقالته التي نشرها سنة ١٩١٤ وطريقتها أن يُحَقَّن في وريد الحبل
السرى من ٣٠٠ - ٥٠٠ جراماً من المحلول الملحي العقيم أو الماء المعقم بالغلي

فتى امتلأت فروع الوريد السرى يجمع الماء بين المشيمة وجدر الرحم فتفصل المشيمة. ويظهر مما نشر أخيراً أن هذه الطريقة مؤكدة التأثير وإن فى أكثر



(شكل ١٦٦) احتباس المشيمة (جك) .

من ٨٨ ٪ من الأحوال التى استعملت فيها كان النجاح باهراً ولكن يظهر بأن استعمالها لا يخلو من خطر فانه شوهده وفاة حالتين فجأة بعد استعمالها. ويظهر أن سبب الوفاة كان السكتة الرئوية ولو أن معزى الطريقة ينكرون ذلك.

✽ النزف بعد الولادة ✽

ليس فى مضاعفات الولادة أشدّ خطراً على حياة الوالدة ولا أدعى الى سرعة ومهارة المولّد من النزف بعد الولادة .

النزف - له نوعان ابتدائى وثانوى . فالنزف الابتدائى هو الذى يحدث فى الساعات الست التالية للولادة ، والثانوى هو الذى يحدث بعد ذلك . والسبب فى حدوثهما هو احتباس قطع من المشيمة فى باطن الرحم . والمعالجة فيهما واحدة أيضاً .

✽ النزف بعد الولادة الابتدائي ✽

يخرج دم النزف بعد الولادة من أحد مكانين : —

(١) من جرح في الأعضاء التناسلية .

(٢) من الجرح الذي في مكان اندغام المشيمة . ويسمى عادة

بالنزف الجنودي .

(١) النزف الذي يتسبب عن جرح في الأعضاء التناسلية يسمى بالنزف الجرحي . والانسجة التي يكثر حدوث الجروح فيها هي العنق ، والبظر ، والمهبل والعجان . وجروح البظر أشدها خطراً . أما الجروح المهبلية فقلما تحدث نزفاً كبيراً .

التشخيص — يحدث النزف الجرحي من وعاء مقطوع فلا علاقة له بانكماش الرحم ويكون الرحم عادة منكشاً . وإذا أجريناً زرقاً رحيماً يخرج السائل غير ملوّن بالدم . أما في النزف الجنودي فيكون الرحم رخواً ومملوئاً بالكُتل فإذا عصرنا الرحم تخرج منه الكتل فيقف النزف قليلاً ربّما يمتلئ الرحم بالثاني فيعود النزف .

المعالجة — نبحث أولاً عن الجرح الذي ينزف منه الدم . فإذا كان في البظر نضع رباطين من الحرير المعقم أو الكاتجوت ، أحدهما أسفل البظر والآخر أعلاه بواسطة ابرة صغيرة منحنية ، ثم نربطهما ربطاً متيناً فيقف النزف حالاً . وبعد ستة أيام نرفع الغرز . أما إذا لم يكن النزف متسبباً عن جرح في البظر فيبعد الشفران ويُفحص المهبل فإن لم نجد تمزقاً في المهبل نجذب العنق الى أسفل يجفت ذى مشبكين . فإذا وجدنا به وعاءً مقطوعاً نربطه وان وجدنا تمزقاً نخطه . وفي كثير من أحوال النزف الجرحي يقف النزف إذا عملنا زرقاً مهبلياً بمحلول مطهر حرارته من ٤٦° الى ٤٩° س .

(٢) النزف الحمودى -- ينشأ النزف الحمودى من عدم مقدرة الرحم على الانقباض والانكماش . والغالب فى النزف الحمودى أن ينزل الدم من الرحم بمجرد نزفه من الأوعية ، ولكنه فى بعض الأحوال قد يتجمع فى باطن الرحم أولاً .

الأسباب — متى انفصلت المشيمة من الرحم يصبح السطح الذى كانت مندغمة فيه جرحاً مفتوحاً . فتأخذ الجيوب الوعائية التى فيه فى النزف . ولكن هذا النزف يقف حالاً بسبب انقباض وانكماش الرحم لأن الألياف العضلية المنقبضة تضغط جدر الأوعية ضغطاً شديداً . ومتى وقفت الأوعية عن النزف يتخثر الدم فى فوهات فتقف عن النزف وتسد ولا تعود تنزف ولو زال الانقباض الرحمى وقتياً . ولكن قد تطرأ أعراض تمنع الرحم من أن ينقبض وينكمش فتبقى أفواه الأوعية مفتوحة فتنزف نزفاً شديداً قد يودى بحياة المريضة . أما الأسباب التى تمنع أو تمطل الألياف العضلية للرحم عن الانقباض فهي : —

(١) بقاء بعض قطع من الأغشية أو المشيمة أو تجمع كتل دموية فى باطن الرحم وهو أهم الأسباب وأكثرها حدوثاً . وينشأ ذلك عادة عن خطأ فى معالجة الدور الثالث للولادة .

(٢) خمود الرحم .

(٣) ازدياد تمدد الرحم كما يحدث فى الحمل التوأمى والاستسقاء الامنيوسى .

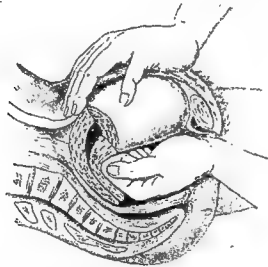
(٤) التهاب الرحمى الجوهري .

(٥) الولادة البطيئة .

(٦) الولادة الفجائية .

(٧) حدوث أنزفة قبل الولادة لأنها تضعف قوى المريضة .

- (٨) الأمراض المنهكة للأم وتسمات الدم التي تحدث للحامل، وداء بریت
 (٩) أورام الرحم، كالأورام الليفية
 (١٠) الاندغام المغيب المشيمة . لأن الجزء الذي تكون المشيمة مندغمة
 فيه ، وهو الجزء السفلى للرحم ، لا ينقبض ولا ينكمش بذات القوة التي
 ينقبض بها قاع الرحم
 (١١) امتلاء المثانة بالبول لأنها تعطل انقباض الرحم . وهذا السبب من
 أكثر أسباب النزف حدوثاً ، ولما يلتفت إليه المولّد .
 (١٢) الإفراط في تعاطي المشروبات الحمضية مثل الليموناده وشراب
 البرتقال لأنها تقلل قوة الدم على التجمد . وهذا من أقل الأسباب أهمية .



(شكل ١٦٧) إيقاف النزف بالضغط المزدوج (غرمن) :

- المعالج - (أ) إذا حدث النزف قبل خروج المشيمة تمرر قنطرة
 في المثانة ثم يذك الرحم دلياً قوياً حتى ينقبض ثم يعصر كما يفعل في طريقة
 دويلن لتخليص المشيمة . فان لم يتخلص يدهن الفرج بصيغة اليود ويلبس
 قفاز عقيم وتفصل المشيمة يدوياً فان لم يقف النزف يدلك الرحم بين يدي
 المهبل وأخرى على البطن ثم يعمل زرق رحمى حرارته ٥٠° س .
 (ب) إذا حدث النزف بعد خروج المشيمة فالأمر أن يكون النزف

شديداً جداً أو لا يكون . فان كان النزف شديداً يعمل زرق مهبلى ورخمى ساخن جداً وتدخل يد في الرحم لاختلاعه من الكتل الدموية وتدليكه . فان لم يقف النزف يسد تجويف الرحم بالشاش اليود فورى سداً متيناً . وفي الأحوال التى لا يكون فيها الماء الساخن جاهزاً يدهن الفرج بصبغة اليود ثم تدخل اليد في تجويف الرحم لاختلاعه من الكتل ولذلك .

أما اذا كان النزف متوسط الشدة فيجب الابتداء بالطرق البسيطة فان لم تنجح تستعمل الوسائل الأشد منها تأثيراً . ويجب عند البداية في العمل تكايف أحد المساعدين بتحضير الزارق وثلثه بالماء الساخن الذى درجته ٥٠° س . وتحضير المحقنة الجلدية وثلثها بجرام من الأرجوتين أو مليجرامين ونصف من سترات الأرجوتينين ويبدأ بالعمل على هذا الترتيب : —

- (١) تقشطر المثانة ويدلك قاع الرحم بقوة .
- (٢) يحقن ٥٠٠٢٥ . جم أرجوتينين في المضلات وجرام من محلول البتوترين .
- (٣) تطهر أعضاء التناسل الظاهرة ويعمل زرق مهبلى بماء ساخن حرارته ٥٠° س ويضاف على كل لتر منه ملعقة صغيرة من الليزول .
- (٤) فان لم يقف النزف يعمل زرق في باطن الرحم بمحلول الليزول الساخن .

(٥) يضغط القاع بقوة بين يد في الرذب المهبلى المقدم وأخرى على البطن وتطرد الكتل التى تكون فيه ثم يعاد عمل الزرق الرخمى . ويجوز أن توضع أصابع اليد المهبلية وراء العنق لا أمامه ويثنى الرحم على نفسه ثم يضغط بقوة بين اليدين .

(٦) فان لم يقف النزف تدخل يد في الرحم وينظف مما يكون

ملتصقاً به من الأغشية أو القطع المشيمية . ويماد الزرق الرحمي .
(٧) فان لم يقف النزف يسد التجويف الرحمي بالشاش اليودوفورمي .
ولذلك طريقتان : الأولى وهي الموضحة في (شكل ١٥٢) ولعملها تَضَجع الوالدة
على السرير بالعرض ويخفّف الجدار الخلفي للمهبل بمنظار خلفي ، ثم يجذب
العنق الى الاسفل بحيث يذى مشبكين . ويؤتى بالشاش اليودوفورمي ويمسك
طرفه بحيث يثبت بوزمان ويدس الشاش في قاع الرحم . ثم يفتح الجفت ويُجذب



(شكل ١٦٨) طريقة سد الرحم باليد بغير استعمال آلات

مفتوحاً الى أسفل ويمسك الشاش على حذاء العنق ويدس في الفاع وهكذا
حتى يفسد التجويف الرحمي سداً متيناً . واذا اضطررنا لاستعمال قطع كثيرة
من الشاش تربط الواحدة في الأخرى . وفي أغلب الأحوال ينقبض الرحم
بمجرد تهيج جدره بجزء صغير من السدادة فلا يضطر الأمر الى استعمال
مقدار كبير من الشاش .

أما الطريقة الثانية فنادراً ما يحتاج اليها اذا لم يكن عندنا جفوت ولا مناظير وفي

عملها يُدخَل الشاش في الرحم باليد كما هو موضح في (شكل ١٦٨) .
ومن الطرق المفيدة في إيقاف النزف وقتياً مدة الزمن الذي يُحصَر فيه
الزراق والماء الساخن طريقة الضغط على شريان الأورطى . ومن الطرق التي
يمكن للقابلات اتباعها طريقة السد الخارجي . ولعملها يربط البطن برباط متين
يصل من أعلى السرة الى أسفل المدورين . ثم تحشى المسافة التي بين الرباط
وجُدُر البطن بالحارم (القوط) والمناديل وغيرها مع ملاحظة أن يكون الرحم
أُسفل السداة .

النزف الباطنى — اذا كان النزف باطنياً وهذا نادر جداً يأخذ حجم
الرحم في الازدياد مع ظهور علامات النزف الباطنى . ولا يختلف العلاج فيه
عما سبق ذكره .

✽ النزف بعد الولادة الثانوى ✽

ويطلق على الأحوال التي يحدث فيها النزف بعد الولادة بأكثر من
ست ساعات .

أسبابه — انفصال الكتل الدموية من أفواه الأوعية ، أو حدوث احتقان
رحمى باطنى . أما الأول فيتسبب من ازدياد ضغط الدم فجأة أو من تنكز
جدر الأوعية ، ويتسبب الثانى من بقاء بعض بقايا من الأغشية أو المشيمة
في باطن الرحم ، أو من انثناء الرحم الى الوراء أو من تجمع البراز في المستقيم
أو تجمع البول في المثانة .

المعالجة — اذا كان النزف قليلاً يعطى الأرجوتين وتعضد الكتلة فان لم
يقف النزف يفعل زرق مهبلى ساخن ، ويتبع بزرق رحمى ساخن ؛ ثم نحاول
تشخيص سبب النزف . فاذا كان سببه انثناء الرحم الى الوراء نعدل وضعه ،
واذا كان السبب بقاء بعض أجزاء من المشيمة أو الأغشية في الرحم نُفَصِّل

باليد أو بالملقعة الكالة . وإذا وجد وعاء مقطوع في العنق أو المهبل يربط .
فاذا استمر النزف يسد باطن الرحم بشاش اليودوفورم .

✽ الهبوط والصدمة ✽

الهبوط (Collapse) هو حالة الانحطاط التي تتبع فقد مقدار كبير من الدم فجأة .

أما الصدمة فهي حالة أشد خطراً من الهبوط تنشأ عن تغير عميق في الأنسجة . وقد تتبع النزف كما تتبع كثيراً من العمليات الخطرة الطويلة المدة . وقد تنشأ أيضاً من شدة الألم أو من الخوف الشديد وغير ذلك . ويتميز الهبوط بظهور القلق والاضطراب على المريضة ، وتوالى التنهد العميق وضعف النبض وسرعته ، وشحوب الوجه ، وازرقاق الشفتين . وإذا ازدادت الحالة سوءاً تصبح المريضة في نصف غيبوبة وتعرق عرقاً شديداً ، ويضعف ضغط الدم كثيراً فيكون ذلك سبباً في توقف النزف . فاذا توقف النزف تبدأ الأعراض في التحسن التدريجي ، فتمتلئ الأوعية بارتشاح السوائل اليها من الأنسجة المجاورة . فان لم يعد النزف بعد ارتفاع ضغط الدم تشفى المريضة . وان عاد النزف تتحول الحالة الى صدمة .

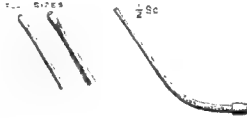
وفي أحوال الصدمة يبطؤ سير الدم في الأوردة والشرايين ويترهل الجلد كثيراً ، وتحدد الأوعية الشعرية ويركد فيها الدم . وتعجز الأوعية الدموية عن حجز مصل الدم فيرتشح في الأنسجة المجاورة ، ويصير الدم أكثر كثافة ويتجمع حامض الكربونيك في الدم ويقلل الأوكسجين فيضيق تنفس المريضة . وتحدث حالة التسمم الحضي (Acidosis) الذي يفضي غالباً الى الموت . فيتندى الجلد ويبرد وترتخي عضلات الوجه ، وتنتفخ الحدود أو تغور

للباطن تبعاً للتنفس . وعادة يتغير شكل الوجه كثيراً ، ويصير لونه رمادياً قبل وفاة المريض بقليل .

المعالجة — يجب ملاحظة الأمور الآتية في العلاج وهي : (١) ان أوعية المصابين بالصدمة الشديدة تتغير بشكل يجعلها لا تضبط الدم أو المحلول الملحي الذي يُحقن فيها .



(شكل ١٧٠)
إبرة حادة لجهاز هوروك



(شكل ١٦٩)
إبركة لجهاز هوروك



(شكل ١٧١) جهاز هوروك لحقن المحلول الملحي في الأوردة (درون)

(٢) انه اذا كانت كمية المحاليل التي تحقن في الأوردة كبيرة جداً أو لو حقنَت بسرعة فقد تسبب تمدداً مضرًا في القلب ، وذلك لضعف جدره في أحوال الصدمة .

(٣) ان الهبوط الذى يتبع النزف لا يتسبب من ضعف القلب، فلذلك لا يفيد فى علاجه حقن الاستركنين ولا الأدرنالين، لأن الأول يُثَبِّب القلب والثانى يسبب احتقاناً فى الكبد يُعْطِل دورة الدم فيها . ولهذا السبب اجتهدوا فى إيجاد محلول أكثر من المحلول الملحي مساوياً للدم فى كثافته حتى يسهل بقاءه فى الأوعية . وربما كان محلول رنجر Ringer أفضل من غيره فى تأدية هذا الغرض . وهو مركب من :

كلورور الصوديوم ٥,٥٠ جم .

كلورور بوتاسيوم ٠,٢٥ جم

كلورور الجير (كالمسيوم) ٠,٢٠ جم

ماء ٥٠٠ جم

وقد وجدوا فى أثناء الحرب ان محلول الصمغ المخضر بنسبة ٢ الى ٦ ٪ ذو فائدة عظمى اذا اضيف الى المحلول الملحي، لأنه لا يُخْرِج من الأوعية بعد حقنه فيها بالسهولة التى يخرج بها المحلول الملحي .



(شكل ١٧٢)

جهاز بارشار لحقن المحلول الملحي تحت الثديين فى أحوال الهبوط الذى يتبع النزف

علاج الهبوط — يجب اتباع الطريقة الآتية فى المعالجة : —

(١) يوقف النزف بالطرق السابق شرحها .

(٢) تحقن المريضة تحت الجلد بجرام من الإيثر، ثم يجرا من الكونياك، ويُحقن لها جرام من البنتويتين في العضلات .

(٣) تربط الأطراف السفلى والعليا مبتدئين من القدمين فما فوق حتى يُطرَد الدم منها فينجه الى الأحشاء الحيوية . وتوضع على القلب مكمدات ساخنة .

(٤) تُغطى المريضة جيداً، وإذا أمكن يوضع حولها قُبّة مصنوعة من الأسلاك، وتُرْكَب عليها من عشرة الى عشرين مصباحاً كهربائياً وتغطى القبة ببطانية، فالحرارة التي تحدثها المصابيح تفيد كثيراً في تدفئة المريضة . ويوضع بين قدميها وخارج ساقيها قَرَبٌ أو زجاجات مملوءة من الماء الساخن .

(٥) تُرفع أعواد السرير من جهة القدمين حتى يساعد ذلك توجيه الدم الى المخ .

(٦) يُحقن لتر من محلول ملحي إما تحت الثديين اذا كانت الحالة متوسطة الشدة، أو في الأوعية اذا كانت ثقيلة . وإذا أمكن الحصول على المحلول الصمغى السالف الذكر يكون ذلك أفضل بكثير .

(٧) بعد عمل الحقن تحت الجلد يُحقن في الشرج نصف لتر من القهوة القوية مضافاً اليها ثلاثون جراماً من الكونياك أو الوسكي .

(٨) اذا لم تتحسن الحالة وابتدأ التنفس في الضعف يعمل التنفس الصناعي . وتنشّق المريضة الأوكسجين .

(٩) في الأحوال التي لم يمكن فيها عمل الحقن الملحية تحت الجلد أو في الأوردة تعمل حقن ملحية شرجية، ويلاحظ أن يكون نزول السائل نقطة نقطة حتى يسهل امتصاصه من الشرج .

(١٠) في الأحوال التي تفقد فيها المريضة مقداراً هائلاً من الدم لا تصلح السوائل الملحية ولا غيرها في ارجاع ضغط الدم .
وقد جربوا بنجاح كبير حقن الدم نفسه في أوردة المريضة ولعمل ذلك طريقتان : (١) الطريقة المباشرة . و (٢) الطريقة غير المباشرة .

(١) الطريقة المباشرة — في هذه الطريقة يوصل شريان من المعطى (إى الشخص الذى سينقل منه الدم) بوريد المريضة القيفالى بواسطة أنبوبة زجاجية منتفخة من الوسط ومديئة من الطرفين . وهذه الأنبوب تحفظ عادة مغلقة بالبارافين . وفي وقت استعمالها ينزع عنها البارافين ما عدا غلافاً رقيقاً جداً . وبعد أن توصل بشريان المعطى ووريد المريضة يسقط عليها مجرى من الماء الدافئ لحفظ الدم الذى يمر فيها في درجة حرارة الجسم . وهذه الطريقة لا تخلو من الخطر وقل من يستعملها .

الطريقة غير المباشرة أو طريقة فايل — يُمَصَّ بحقنة عقيمة ٢٥٠ جراماً من الدم من الوريد القيفالى للمعطى وتوضع في اناء من الزجاج عقيم ودافئ ، ويضاف الى الدم حلالاً ١٠ ٪ من محلول سترات الصودا المحضر بنسبة ١٠ ٪ / لمنع من التجمد ويحقن بسرعة في أحد أوردة المريضة .

ويجب قبل الحقن التحقق من أن دم المعطى (أى الذى يؤخذ منه الدم) لا يسبب تجمع كرات دم المريضة في كتل ، أى تلبده ، لأنه في هذه الحالة قد يسبب أعراضاً خطيرة . وتوجد أنابيب مخصوصة لهذا الغرض نعرف بأصاقتها الى الدم اذا كان موافقاً أو غير موافق .

ولكن من الواضح ان هذه الطريقة لا يمكن اتباعها الا في احوال خاصة في المستشفيات التى يوجد فيها أشخاص معدون لهذا الغرض يكون قد فُحص دمهم للتأكد من خلوه من الأمراض كالزهري وغيره ، وللتأكد أيضاً

من أن دمهم يوافق دم المريضة التي سيحقن فيها . ويوجد أشخاص دمهم يتوافق مع أى دم فهولاء هم الذين يمكن أخذ دمهم بلا خوف .

✽ انقلاب الرحم ✽

الاتقلاب الحاد للرحم نادر الحدوث جداً . وإذا انقلب الرحم فقد يكون انقلابه تاماً أو ناقصاً .

الأسباب — يحدث الانقلاب غالباً إذا كان الرحم كبيراً ورخواً ورقيق الجدر . وقد يتسبب من : —



(شكل ١٧٣) انقلاب الرحم الحاد (بعد الولادة مباشرة)

- (١) جذب الحبل السرى لتخليص المشيمة اذا كانت لا تزال ملتصقة .
- (٢) الحزق الشديد بعد ولادة الجنين والولادة الفجائية ، وعصر الرحم بطنياً بشدة متناهية .

الأعراض — يتبع حدوث الانقلاب هبوط شديد يأتي عادة بعد الانقلاب حالاً، ويندر أن يتأخر بضع ساعات. وقد يحدث نزف أو لا يحدث بحسب ما اذا كانت المشيمة ملتصقة كلها أو انفصل جزء منها.

التشخيص — انقلاب الرحم — مثل انقلاب أصبع القفاز — يصير الوجه الباطن ظاهراً والظاهر باطناً. فاذا وضعت اليد على البطن لا يحس بالرحم في وضعه الطبيعي. واذا دقق في الفحص يحس في أسفل مكان الرحم بانعراج فتجاني. واذا فحص المهبل نجده مملوءاً بورم كروي هو قاع الرحم ونجد المشيمة ملتصقة به. فاذا كان الانقلاب جزئياً يحس بالعنق محيطاً بالورم مثل الحلقة.

المعرج — تفصل المشيمة ويدفع الرحم داخل المهبل ان كان متديلاً خارجاً. ويبدأ في رده بادخال الجزء الأعلى. وغالباً يسهل ادخال الجدار المقدم قبل الخلفي. ومتى رُدَّ الرحم يُسد تجويفه بالشاش اليودوفورمي بعد غسله جيداً بمحلول الليزول.

✽ التجمعات الدموية للمهبل والفرج ✽

قد ينقطع وعاء دموي في النسيج الخلوي للمهبل أو الفرج من شدة تمددهما أثناء خروج الرأس في الأحوال التي يكون فيها المهبل ضيقاً، أو في الأحوال التي يستعمل فيها الجفت، فيأخذ الدم في الانتشار في الأنسجة الخلوية مكثراً وربما صغيراً مرناً أزرق اللون يأخذ حجمه في الازدياد تدريجياً. ويصطحب حدوث ذلك بألم وانغماء تختلف درجتهما بحسب مقدار الدم الذي نزف. ويحدث ذلك عادة في أثناء الولادة، ولكن قد لا يدرك وجوده إلا بعدها. وقد يستمر النزف في الأنسجة الخلوية حتى تنفجر ويتخول

النزف الحلالى الى نزف ظاهر . وقد يتبع الدم النازف سير الأنسجة الخاوية فيمتد الى جدر البطن ، أو يهبط الى المعجان على حسب ما اذا كان الوريد المتعرق أسفل الصفاق المعجانى العميق أو أعلاه . فاذا لم يوقف النزف فقد تموت المريضة . ولكن هذه النهاية المحزنة نادرة ، وأغلب التجمعات الدموية لا يكبر حجمها كثيراً ، وغالباً تنتهى بالامتصاص أو التقيح .

العلاج — يختلف بحسب ما لو حدث النزف قبل الولادة أو بعدها . أما لو حدث قبل الولادة فإن كان حجم التجمع صغيراً تترك الولادة للطبيعة ، وإن كان آخذاً فى الازدياد يوضع الجفت . وإن كان حجم التجمع كبيراً يمنع نزول الرأس يُشق التجمع بالشرط ، ثم ينظف من الكتل وتوكد المريضة بالجفت . وبعد الولادة يسد التجويف بالشاش اليودوفورى ان كان كبيراً ، ويخاط بالكاتجوت بغرز تصل الى قاعه ان كان صغيراً .

أما بعد الولادة فإن كان التجمع صغيراً يترك لذاته حتى يمتص . وإن كان كبيراً يُشق ويُسد بالشاش اليودوفورى بعد ازالة الكتل . وإن أمكن سد التجويف بالفرز العميقة بالكاتجوت كان ذلك أفضل . وإن تركت الحالة للطبيعة وتقيح التجمع يعالج معالجة الخراجات .



الفصل الحادى والعشرون

✽ التغيرات غير الطبيعية التى تطرأ على القوة القاذفة الرحية ✽

الولادة الفجائية

قد تتغير القوة القاذفة للرحم إما بالزيادة أو بالنقص . فقد تكون الانقباضات الرحية أقوى بكثير مما يلزم للتمديد التدريجى للأجزاء الرخوة للأم فيولد الجنين بسرعة شديدة ، فى وقت قد لا تكون الأم فيه فى الوضع المناسب للولادة ، فينشأ من ذلك تمزق الحبل السرى ، والانفصال المبجل للمشيمة ، وانقلاب الرحم . وربما صدم الجنين الأرض فأصابه ارتجاج فى المخ قد يودى بحياته . وتصطبغ الولادة الفجائية غالباً بتمزقات متسعة فى العجان ، وكثيراً ما تُصاب الأم عقب الولادة بالانغماء والهبوط .

المعرج — اذا شوهدت الماخض فى أول ولادتها تُمنع عن الحزق ثم تُعطى الكلوروفورم لتقليل قوة الطلق . ويجب أن تلاحظ بدقة فى أثناء الدور الثالث للولادة . وتوصى بأن تلازم منزلها فى ولادتها التالية مدة النصف الأخير للشهر التاسع خوفاً من حدوث الولادة وهى فى الطريق أو فى أثناء السفر .

✽ خمود الرحم ✽

خمود الرحم هو ضعف انقباضاته بحيث لا تستطيع احداث القوة الكافية لقذف الجنين فى الوقت الطبيعى . وقد يكون الخمود ابتدائياً أو ثانوياً .

الخمود الابتدائى — قد يتسبب الخمود الابتدائى من ضعف فى عضلات

الرحم نفسها أو من عيب خلقى فى تركيبه أو من إصابته بالالتهاب الجوهري قبل حدوث الحمل ، أو من شدة تمدده إذا كان الحمل توأمياً أو بسبب استسقاء امنيوسى ، أو لوجود أورام ليفية فيه ، أو لتكرار حدوث الحمل .

وقد يتسبب أيضاً من ضعف الولادة بسبب إصابتها بأمراض عمومية ، أو من ضيق الحوض العموى لأنه يمنع انحسار الجزء الآتى به الجنين فلا تنبّه العُقْد العصبية العنقية التى تمرّض الطلق . والدرجات الخفيفة من الخمود قد تسبب من امتلاء المثانة بالبول أو المستقيم بالمواد الهرازية ، أو من الجوع أو من امتلاء المعدة وتخمّتها ، أو من قلة النوم ، أو من قلق المريضة والتنبّه العصبي ، ومن شدة الاحساس بالوجع .

الاعراض - قد يبدأ الطلق طبيعياً ويمتد العنق جزئياً ثم يأخذ الطلق فى الضعف وتقف الولادة يوماً أو أكثر . وقد يتفق أن يزول الطلق بالمرّة وبعد اسبوع أو اثنين يعود الطلق ثانية وتم الولادة طبيعياً . وأكثر من هذا حدوثاً أن الطلق يكون فى أول الأمر ضعيفاً جداً ولا يُحدث تمدداً كبيراً فى العنق ولا تقدماً فى انحسار الرأس . ولكن الوجع يكون شديداً وبالأخص وقت تمدد العنق فتصرخ المريضة وتهيج فتقلق الذين حولها وربما شكوا فى مقدرة الطبيب المباشر . فإذا دامت هذه الحالة يوماً أو أكثر فقد يعيل الطبيب الى انتهاء هذه المضايقات فيوسّع العنق ويتم الولادة بالجفت . ولكنه لو فعل ذلك لكان ممهداً للسبيل لحدوث المضاعفات الخطيرة كالتمزق البالغ فى العنق والنزف الشديد بعد الولادة واحتباس المشيمة وهى سلسلة مضاعفات قد تنتهى بوفاة الولادة .

المعرج - يبحث عن سبب الخمود . ويجب التفريق بين الخمود الابتدائى والثانوى . فإن وجد أن السبب امتلاء المثانة بالبول تقططر ، ولو كان فى الامعاء

قبض تعمل حقنة شرجية . وان كانت المريضة ضعيفة بسبب امتناعها عن الأكل تغذى بالأطعمة السهلة الهضم . وان كانت تُنهِك قوتها بالطلق تنصح بعدم اجهاد نفسها . ثم يعطى لها ٠,٣ جم من كلوريدات المورفين حقناً تحت الجلد أو تعطى الجرعة الآتية : —

خلاصة الأفيون السائلة	٠,٧٥ جم
برومور النوشادر	١,٠٠ >
شراب الكلورال	٥,٠٠ >
ماء نفعان لغاية	٣٠,٠٠ >

هذه هي المعالجة التي تتبّع قبل انفجار جيب المياه . أما لو وجد الجيب منفجراً قبل تعدد المنق فالحالة لا تخلو من خطر على الطفل . وغالباً يموت الجنين اذا طالت الولادة أكثر من ٣٦ ساعة . وفي هذه الحالة يجب عمل التسميع المتكرّر لمعرفة عدد ضربات قلب الجنين . فان زادت عن ١٥٠ في الدقيقة فالواجب مساعدة انهاء الولادة أما لو بطّوت جداً في الفترة بين الطلقات فالغالب ان الجنين في خطر شديد .

واذا طالت مدة المخاض وبدأت المريضة تضعف فالواجب التدخل . انما يُجرّب قبل ذلك حقنُ المريضة بمحلول البتوترين في العضلات واعطاؤها جرماً من سلفات الكينين مجزءاً على ثلاث دفعات بين الواحدة والأخرى ساعة . وتشجّع على التغدّي بالعسل الاسود والسكر لأنه يقوى الطلق أحياناً . وينصح بعض المولدين بحقن المريضة بمقادير صغيرة من الاستركوين والادرجوتينين ولكن ليس لى خبرة بتأثيرهما . وفي أثناء ذلك تعمل الزروقات المهبيلة الساخنة كل ساعتين . وتشجّع المريضة وتطمأن لأن على صبرها الموعول الاكبر في النجاح .

الخمود الثانوى — الخمود الثانوى أندر بكثير من الخمود الابتدائى . وهو يحدث من ذات الأسباب التى تسبب الخمود الابتدائى ويضاف عليها الأسباب التى تحدث عسر الولادة مثل ضيق الحوض وكبر حجم الرأس ، وارتخاء جدر البطن وصلابة الأجزاء الرخوة للأم .

وفى النوع المتسبب من عسر الولادة ترتفع حلقة الانكماش فوق جسم الجنين فتصبح الكتلة المضنية للرحم فوق الجنين لا حوله فلا يبق لها تأثير شديد على قذفه .

التشخيص التفريقى — يتميز الخمود الثانوى المسبب عن عسر الولادة عن الخمود الابتدائى فى انه يصطحب بارتفاع حلقة الانكماش فوق العانة بأكثر من ثلاثة سنتيمترات . وبأن الطلق يأخذ شكلاً تشنجياً . ويصير البطن مؤلماً جداً ويسرع النبض وترتفع الحرارة ويحف اللسان ويظهر على المريضة القلق والخوف والاضطراب .

المعالجة — تولد المريضة بأسرع الطرق الممكنة اذا كان الخمود ناشئاً من عسر الولادة . ويعالج معالجة الخمود الابتدائى فى الأحوال الأخرى .

✽ صلابة العنق التشنجية ✽

متى ابتدأ الحاض تأخذ الألياف الحلقية المحيطة بالفوهة الباطنة والظاهرة فى الارتخاء ، ولكن قد يحدث فى بعض الأحوال أن تنقبض هذه الألياف بدلاً من أن تتمدد ، ويحدث ذلك على الأكثر عند بكرىات الولادة المتقدّمات فى السن . ومن الأسباب المحرّضة له ضعف الانقباضات الرحمية ، والانفجار المبجل لجيب المياه ، والاتصاقات المرضية بين الأغشية والعنق ، والمجىء المتيب ، وازدياد الاحساس بالألم عند المريضة ، واعطاء الارجوتين ، أو اعطاء البيتوترين قبل تمام تمدد العنق .

المعالجة — تختلف باختلاف السبب . فان كان الطلق ضعيفاً يُبحث عن السبب ، فان كان السبب امتلاء المثانة والمستقيم يُخْلِيَان : الأولى بالقشطرة والثاني بالحقن الشرجية . وتعطى الزروقات المهبلية الساخنة . واذا كانت المريضة شديدة الاحساس يُمَلِّ لها حقنة مورفين أو تعطى جرعة فيها جرام كلورال ايدراتي . واذا وجد أن الأغشية ملتصقة تفصل بالأصبع من العنق ، واذا كان الجيب انفجر معجلاً وارتفعت حرارة الأم ، أو سرع نبضها ، أو ظهرت دلائل خطر على الجنين يوسع العنق بممدد فرومر أو بكيس شامبيتية
دى ريب

✽ الانفجار المعجل لجيب المياه ✽

قد ينفجر جيب المياه قبل الولادة بأيام أو أسابيع . وقد يستمر الحمل بلا ضرر كبير للأم والجنين ، وقد يحدث هذا الانفجار ذاتياً ، أو بسبب صدمة . والغالب أن السائل الامنيوسي لا يتصرف كله بعد انفجار الجيب ، بل يبقى أكثره فيمنع الضغط المضّر على الجنين . وقد تنقبض الأغشية في جهة بعيدة عن العنق فينزل السائل على دفعات متباعدة . ومتى ابتدأ المخاض يتكون الجيب كالعادة

وانفجار الجيب قبل حدوث المخاض من الحوادث السيئة النتيجة . فقد تتجم عنه وفاة الطفل ، ووصول العدوى الى باطن الرحم فتصاب الأم بالفوتة . وان لم يحدث هذا ولا ذاك وبدأ المخاض يحدث ما يسمى بالولادة الجافة . وانفجار الجيب المعجل في أول الولادة غالباً يحدث غالباً في المجيء المعيب وضيق الحوض .

الفتحة — يجب تمييزه عن السيلان المائي للحوامل الناشئ عن التهاب السواقي ، وعن سلس البول ، وانفجار الجيب الأول في الأحوال التي يتجمع

فيها سائل في المسافة بين غشائي الامنيوس والسلي .

المعالجة - تلازم المريضة الفراش حتى لا يتصرف ما بقي من السائل ، وتُمنع عن الجماع ولا يعمل لها فحص مهبل ولا زروقات مهبلية . فان هذه كلها تعرضها للعدوى . وتُراقب ضربات قلب الطفل وحرارة الأم ونبضها . فان ارتفعت حرارة الأم (دليل تعفن السائل) أو اذا زادت ضربات قلب الجنين عن ١٦٠ وعلى الأخص لو نقصت عن ١١٠ باستمرار فالواجب التدخل لأن هذا يدل على أن حياة الطفل في خطر . وأفضل طريقة للتدخل تعديد العنق بمددات هجار أولاً ثم بمدد فروور الى أن يمكن ادخال كيس شامبيتيه .
دي ريب .

✽ الانقباض المستمر للرحم أو الانقباض التشنجي ✽

قد سبق القول أن في الولادة الطبيعية ينقبض القسم العلوى للرحم وينكمش بحيث أنه متى زال الانقباض لا تعود الألياف الى حالة ارتخائها السابق بل تنكمش قليلاً أى تقصر وتغلظ ، وان الياف القسم السفلى تطول وتترقق ، وان انكماش الألياف العليا هو السبب في قذف الجنين الى المهبل وولادته . لأنه لو لم تنكمش الألياف عقب انقباضها لارتد الجنين الى مكانه في الرحم بعد زوال الطلقة : ومتى زاد الانكماش يصغر حجم الرحم فينقبض الجنين من الرحم الذى لم يعد كافياً لأن يدعه . ففي الأحوال الطبيعية ينزل الجنين الى المهبل ثم يولد . أما اذا كان هناك سبب يمنع ولادته ، فان انكماش الياف القسم العلوى لا بد وأن يجذب الألياف المكونة للقسم السفلى للرحم فيمددها فتطول وترق . وفي أول الولادة يكون خط الاتصال بين هذين القسمين وهو الذى يعبرون عنه بحلقة الانكماش أو حزام بندل أسفل العانة فلا يُحسّ به بطنياً ، فاذا طال المخاض أخذ هذا الخط في

الارتفاع فيُحسَّ به بطنياً . وقد يصل الى السرة ، وربما تعداها في الأحوال التي تعسر الولادة فيها عسراً شديداً .

وقد طال الخلاف بين المولدين والمشرحين على تعيين ماهية القسم الواقع في اسفل حلقة الانكماش أى الجزء السفلى للرحم . فذهب البعض على أنه ينشأ من نحو وتمدد العنق ، وان حلقة الانكماش هي في الحقيقة في حذاء الفوهة الباطنة . ولكن الاغلبية متفقة الآن على أن الجزء الأعلى من القسم السفلى للرحم ينشأ من جسم الرحم نفسه وليس من العنق .

وقد يظهر لأول وهلة أنه من السهل التحقق مما اذا كان القسم السفلي للرحم مكوناً من تمدد العنق ، أو أن الرحم نفسه يشترك في تكوينه . وذلك لأنه لو كان القسم السفلي مكوناً من العنق فقط لَوُجِدَ منطوقاً دائماً بالانشاء المخاطي العنقي ، ولو كان من الرحم والعنق معاً لكان الجزء المكون من الرحم منطوقاً بالساقط ، ولكن الواقع ان التماذج المحفوظة التي يمكن الاستدلال منها على ذلك تفقد تفاصيل تركيبها في أثناء تحضيرها .

أسباب الانقباض المستمر للرحم — له سببان :
الأول — تعسر الولادة .

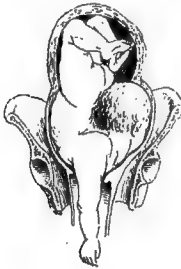
الثاني — اعطاء الارجوتين والجنين لم يولد بعد ، أو اعطاء الپيتوتيرين قبل تمدد العنق .

الاعراض — ترتفع حرارة المريضة ويسرع نبضها وتأخذ وجهها سيمى القلق . وتشعر بأوجاع تقلصية شديدة في البطن . فاذا جُسَّ الرحم وُجد منقبضاً ومنطقاً تمام الانطباق على الجنين بحيث يمسُ تميز أجزائه . ويكون الرحم مؤلماً عند الجس وغالباً لا تُسمع ضربات قلب الجنين عند التسمع ، لأن انقباض الرحم المستمر يقلل السطح المشيمي ويضغط الجبل بين الجنين

والرحم فيقلّ وروود الأوكسجين الى الجنين فيموت . واذا كان الرأس محشوراً في الحوض يشاهد أن المهبل جافّ لمعجز الغدد المنقية عن الافراز ، وغالباً يكون منتفخاً بالارتشاح (ايديما) ، ويكون الرأس متحشراً بحيث لا يستطيع التقدم ولا التأخر . وعظام الجمجمة تكون شديدة التراكب بعضها على بعض ، والحدبة الدموية المصلية تكون كبيرة الحجم . واذا كان المجهى بالكثف نجده محشوراً في الحوض ونجد الذراع ساقطاً .

المعالجة - يعطى للمريضة حقنة مورفين ٠.٠٣ . ثم تنوم جيداً تحت الكلوروفورم ، ومتى ارتخى الرحم نوعاً يُخلّص الجنين بالتفتيت أو التقطيع ان كان ميتاً وهو الأغلب . أما ان كان حياً فيجرب وضع الجفت ، ولكن لا يجوز التماذى في التجربة فتمرّض الأم للخطر الشديد . ويحسن في هذه الأحوال عمل العملية القيصرية اذا كان الرحم طاهراً .

وقد ميّزوا حديثاً نوعين آخرين من الاتقباض الرحمي المستمر . ففي النوع الأول يكون الاتقباض الرحمي عاماً لكل الرحم سواء في ذلك القسم العلوي



(شكل ١٧٤)

ترقق القسم السفلي للرحم في حالة ولادة مصرية (شرودر)

والقسم السفلى . ويسمّون هذا النوع « الرحم المتهيّج » . وفي النوع الثاني يكون الاتقباض المستمر مقصوراً على جزء منه ويسمون الجزء المنقبض « حلقة الاتقباض » تمييزاً لها عن حلقة الانكماش . ويتميز هذان النوعان بأن القسم السفلي للرحم لا يكون فيهما مترققاً ومتسعاً . وبهذا يفرقان عن النوع السابق وهو الاتقباض المستمر أو التشنجي للرحم . وفي كلا النوعين أى الرحم المتهيّج والذي فيه حلقة اتقباض تستحيل ولادة الجنين قبل زوال الاتقباض .

✽ الرحم المنهيج ✽

يحدث هذا النوع غالباً من تكرار محاولة التوليد بالآلات أو بالتحويل بلا جدوى . ومن المحقق أن لتعفن الرحم دخلاً في حدوثه .

وفي هذا النوع يكون الرحم منطبقاً على الجنين تمام الانطباق فيصعب جداً ادخال اليد في الرحم .

المعرج — يُمنع عن ادخال اليد أو الآلات في الرحم الى أن يزول الانقباض ، ويتم ذلك باعطاء المريضة ٠.٣ مورفين حقناً تحت الجلد ، وتبنيجها تبنيجاً تاماً بالكوروفورم . وغالباً لا تمر نصف ساعة الى ساعة حتى يرتخي الرحم . فإذا تم ذلك يجب أن تولد المريضة بسرعة ومهارة خوفاً من عودة الانقباض .

✽ حلقة الانقباض ✽

هي انقباض موضعي في جزء من الألياف الحلقية للرحم فوق جزء من الجنين قليل المقاومة مثل اخدود في جسمه . وربما حدث الانقباض أسفل الجزء الآتي به الجنين .

أسبابه — يحدث في المجهى المعيب وعلى الأخص لو اصطحب بالانفجار المعجل لجيب المياه . وقد يحدث أيضاً من الافراط في المحاولات غير المجدية في الولادات العسرة .

المعومات — في هذا النوع لا يكون الرحم منقبضاً انقباضاً تشنجياً بل يحدث الطلق كالعادة . وفي الفترة بين الطلقات يكون الرحم مرتخياً . ولا يُحس بحلقة انكماش أو انقباض بطنياً . وإذا بحثنا المريضة لنقف على سبب عسر الولادة ، وأدخلنا أصابعنا في الرحم نجد انقباضاً موضعياً في أحد

أجزاء الرحم حول جزء من الجنين . وإذا استطعنا مجاوزة الجزء المنقبض نجد جسم الرحم في أعلا الانقباض مرتجياً .

المعالجة - لا يفيد في هذا النوع من الانقباض اعطاء المورفين ولا الكلوروفورم . وتجب محاولة تخليص الجنين بالجذب على الرأس بالجفت . ويحاول بمض المولدين ارخاء الانقباض بالتوسيع باليد ولكن ذلك لا ينجح



(شكل ١٧٥) نمرس الولادة بسبب وجود حلقة الانقباض حول عنق الجنين .

الآ في الأحوال الخفيفة جداً . وغالباً يضطر المولّد لأن يضع الجفت ويربط بقابضته ثقلاً وزنه سبعة أرباط . فهذا الضغط التدريجي على حلقة الانقباض يُرخيها مع مرور الوقت . ولا يحدث ذلك عادة قبل مرور ساعة . فان لم ينجح ذلك فالمعالجة تختلف بحسب ما اذا كان الجنين حياً أو ميتاً وبحسب طهر الرحم . فان تأكدنا أن المداخلات التي عملت كانت تجري مع ملاحظة

التعميم التام، وكان الجنين حياً، فالأفضل عمل العملية القيصرية . وإن كان الجنين ميتاً أو كان الرحم عفنًا يفتت الرأس، ويُخرج الجسم بالتقطيع إذا اقتضى الأمر. وغالباً تكون العملية في منتهى الصعوبة، لأن حلقة الانقباض تعيق كل المجهودات التي تبذل في التوليد .

الفصل الثاني والعشرون .

﴿ الولادة المسرة ﴾

تتمسر الولادة من وجود موانع تعطل سيرها إما في الأم أو في الجنين أو فيهما معاً . فالأسباب الأمية هي الآتية : —

- (١) ضيق الحوض .
 - (٢) الأورام الرحمية أو المبيضية أو المهبيلة أو الفرجية أو الحوضية .
 - (٣) ضيق وانسداد العنق أو المهبيل .
 - (٤) التشوهات الخلقية للرحم أو المهبيل
 - (٥) الأوضاع المرضية للرحم .
- أما أسباب عسر الولادة من جهة الجنين فهي : —
- (١) المجيء والأوضاع والهيئة المعيبة .
 - (٢) الضخامة العمومية للجنين أو للكفتين فقط .
 - (٣) التشوهات الخلقية والأورام .
 - (٤) الأجنة المتلويجة .
 - (٥) اشتباك الأجنة في الحمل التوأمي . وقد سبق الكلام عنه

﴿ أسباب عسر الولادة من جهة الام ﴾

(١) ضيق الحوض

سنشرحه بالتطويل في الفصل الآتى .

(٢) الأورام

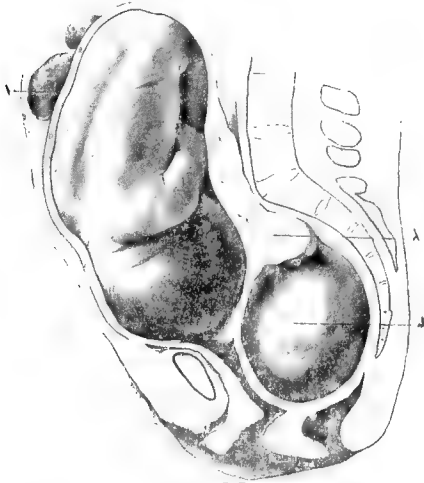
الأورام الرحمية - الأورام الرحمية التى تعطل سير الولادة هى الأورام الليفية ، وسرطان العنق . أما الأورام الليفية فتسبب عسر الولادة إما من وقوفها فى طريق الجنين ، أو من أضعافها الألياف العضلية للرحم ، أو من أحداثها للمعجى الميب . أما سرطان العنق فيسبب عسر الولادة لأن التغيرات التى يحدثها فى الياف العنق تجعله يتدد بفاية الصموبة .

الأورام المهبليّة والفرجية : أهمها التجمعات الدموية وايدىما المهبلى والفرج
الأورام المبيضية - أهمها الأكياس المبيضية والأورام الليفية والسرطانية للمبيض .

الأورام الحوضية - هى الأورام العظمية والغضروفية والليفية والسرطانية والسرطانية . وهى تسبب عسر الولادة لأنها تحدث ضيقاً فى الحوض تختلف درجته بحسب وضع الورم وحجمه .

المعالجة - الأورام الليفية للرحم كثيرة الحدوث ولكنها لا تشاهد كثيراً عند الولادات لأن أنواعها الخلالية وتحت المخاطية تكون مصحوبة بالتهاب رحمى باطنى يسبب فى الغالب العقم أو الاجهاض . أما معالجتها فتختلف بحسب نوعها . فإذا كانت على هيئة بوليبيوسات متعقّنة وبارزة من العنق فالأفضل استئصالها بمجرد تشخيصها ، لأنها فى الغالب تعطل تخليص الجنين

وربما ماتت (تغفرت) من شدة ضغط الجنين عليها في أثناء الولادة .



(شكل ١٧٦) عسر في الولادة ناتج من امتلاء الحوض بوزم ليفي دحى (بم)
١ - وزم ليفي تحت بريتوني ٢ - وزم ليفي خلال ٣ - وزم ليفي
تحت بريتوني مالى لتجويف دو جلاس .

أما اذا كانت الأورام خلالية أو تحت بريتونية وكانت مائلة للحوض في أثناء الولادة فاذا لم تقدر على دفعها الى أعلى الحوض بحيث يسهل مرور الجنين فالأفضل فتح البطن واستخراج الجنين بالعملية القيصرية ، ثم استئصال الرحم أو قلع الأورام ان أمكن ذلك .

وبالرغم من امكان حدوث هذه المضاعفات فاننا كثيراً ما نشاهد أوراماً ليفية تسد الحوض في أول الولادة ، ولكنها تجذب خارج الحوض متى تقدم المخاض فتنتهي الولادة طبيعياً ولا يتبعها نزف ولا مضاعفات .

أما أورام العنق السرطانية فإذا شخّصت في أثناء الولادة فالأفضل تخليص الجنين بالعملية القيصرية ثم استئصال الرحم . أما إذا كان الورم في حالة متقدمة جداً ولا يرجى شفاء الأم منه فنحاول تخليص الجنين بتمديد العنق صناعياً إما بالممددات أو الشقوق الجانبية . وأفضل من ذلك عمل العملية القيصرية لأن تخليص الجنين من عنق مصاب بالسرطان كثيراً ما يؤدي الى تمزقات بالغة تحدث نزفاً قتالاً .

أما الأورام والأكياس المبيضية فإذا شخّصت مدة الحمل فالأفضل استئصالها لأنها غالباً تسقط في الحوض وعلى الأخص لو كانت صغيرة الحجم فتعيق خروج الجنين . وقد يلتوى عنقها وتموت (تنفجر) أو تنفجر أو تنزف في البطن من انفجار وعاء في غلافها . أما إذا لم تُشخّص إلا في وقت الولادة فنجتهد في دفعها خارج الحوض ، فإن لم نُفلح وكان الورم أسفل الجنين نزل به بآلة بازلة ، فإن لم يصغر حجمه لدرجة تسمح بولادة الجنين فالواجب إما فتح البطن واستئصال الورم أو استئصاله بالشق المهبلي .

أما الأورام الحوضية فإذا كانت كبيرة لدرجة تجعل ولادة الجنين مستحيلة فاللازم تخليص الجنين بالعملية القيصرية .

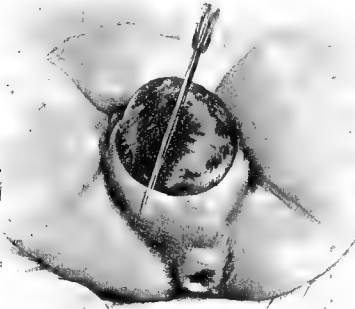
(٣) ضيق وانسداد المسالك التناسلية .

قد يكون الضيق والانسداد في العنق أو في المهبل . أما ضيق العنق فيتسبب (١) من ازدياد صلابة الألياف العضلية أو من زوال مرونتها كما يحدث عند بكريات الولادة المتقدّمات في السن . وقد يتسبب (٢) من سقوط العنق خارج الفرج أو (٣) من انكماش ندبة التحام عملية سابقة مثل بتر العنق إذا فعلت على غير الأصول ، أو (٤) من تنفجر العنق في

ولادة سابقة، أو (٥) من انكماش العنق الناشئ عن الإفراط في استعمال المواد الكاوية، أو (٦) من وجود أورام خبيثة. أما انسداد العنق فسيببه حدوث التهاب عنقي التصاقى بعد الحمل.

التشخيص — بالفحص المهبلى نجد انه بالرغم من كون الانقباضات الرحمية قوية فان العنق لا يمتدح ولا تتمدد الفوهة الظاهرة. وقد نُحس فيه بشدبة التحام ان وُجدت.

المعالجة — اذا كان السبب وجود التصاقات بسيطة بين حوافى الفوهة الظاهرة فمن السهل ازالتها بالأصبع أو بالمجس الرخى. أما اذا كان سبب الضيق



(شكل ١٧٧)

قطع المعان اذا تضر خروج الرأس بسبب صلابته الانسجة .

ازدياد صلابته العنق من تغيرات حدثت في أليافه أو من زوال مرونة الألياف العضلية فالمعالجة تنحصر فى عمل الحمامات النصفية الساخنة والزروقات المهبلية الحارة فان لم تفلح تمدد العنق بممددات فرومر أو بعمل شقوق جانبية.

ضمم المهبلى والفرج — قد يكون الضيق خلقياً أو نتيجة تقرحات عميقة

أو أورام خبيثة . وفي بعض الأحوال قد توجد صلابة شديدة في المجان عند بكريات الولادة المتقدّمت في السن فتسبب صعوبة كبرى في مرور رأس الجنين وتعالج بوضع الجفت . فإن لم يفد تفعل الشقوق المجانية الجانبية (انظر شكل ١٧٧)

أما اذا وجد ضيق شديد في المهبل أو انسداد جزئي خلقى فيه فيعالج بعمل الشقوق الجانبية ، وفي الأحوال الشديدة تفعل العملية القيصرية .
(٤) التشوهات الخلقية للرحم والمهبل

سبق شرحها في صفحة ٣٠٤

(٥) الأوضاع المرضية للرحم

سبق شرحها في صفحة ٣٠٦

❖ أسباب عسر الولادة من جهة الجنين ❖

(١) الأوضاع المعيبة والمجىء المعب .

المجىء — كل مجىء معيب ما عدا المجىء بالمقدمة يسبب عسراً في الولادة . وقد سبق الكلام على ذلك في شرح ميكانيكية الولادة .
الأوضاع — أهمها بقاء المؤخر متجهاً الى الوراء في المجىء بالقمة ، وبقاء الذقن متجهاً الى الوراء في المجىء بالوجه .

الهيئة — قد تتغير علاقة أجزاء الجنين ببعضها ببعض وهو في الرحم بحيث يتسبب عن ذلك عسر في الولادة . وأم هذه التغيرات هي :

(١) سقوط يد أو ذراع بجانب الرأس .

(٢) التفاف الذراع حول القفا .

(٣) سقوط قدم أو قدمين ، أو ذراع أو يد ، أو ذراع وقدم ، أو

ذراعين وقدمين .

(١) سقوط بر أو ذراع بجانب الرأس — ويحدث غالباً إذا كان الجنين ميتاً، أو وجدَ عدم تناسب شديد بين حجم الحوض ورأس الجنين، كأن يكون الحوض شديد الاتساع أو يكون الرأس صغيراً جداً، وقد يحدث أيضاً من ضيق القطر المقدم الخلفي للحوض، أو من نزول السائل الأمنيوسي فجأة وبهوة كما يحدث عند انفجار الجيب في الاستسقاء الأمنيوسي.

المعالجة — إذا لم يكن الرأس منحسراً تؤمر الولادة بالاضجاع على الجهة المقابلة للجهة الساقطة ذراعاً. فمن ميل الجنين الى تلك الجهة يتمدل وضع الذراع. فإذا لم يند ذلك يضع الموليد يده في المهبل ويدفع بها الذراع الى أعلى الرأس. أما إذا سقطت الذراع وكان الرأس منحسراً فتترك الحالة للطبيعة ما لم تنشأ أعراض تستدعى المساعدة فيوضع عندئذ الجفت. ويختبر من وضعه على الذراع الساقطة.

(٢) التفاف الذراع حول القفا — يحدث ذلك سواء كان المجيء بالرأس أو بالمقعدة. ولا يمكن تشخيصه إلا إذا تعسرت الولادة وأدخلت يد في الرحم لمعرفة سبب التعسر.

المعالجة — إذا كانت الذراع ملتفة حول القفا وكان المجيء بالرأس نجذب الذراع الى جانب الجزء المقدم للرأس فتتحول الحالة الى سقوط ذراع بجانب الرأس. فان لم يمكن عمل ذلك يفعل التحويل القدي. أما معالجة التفاف الذراع حول القفا في أحوال المجيء بالمقعدة فقد سبق ذكرها.

(٣) سقوط قدم أو قدمين أو ذراع أو يد أو ذراع و قدم أو ذراعين و قدمين — أما سقوط قدم أو قدمين فهو عبارة عن المجيء بالمقعدة الناقص وقد سبق شرحه. أما سقوط ذراع أو يد فهو بداية المجيء بالكشف المهمل. أما سقوط ذراع و قدم أو ذراعين و قدم فيحدث في المجيء المستعرض، ومعالجته

تتصرف في جذب القدم ودفع الذراعين الى الأعلى .

(٢) ضخامة الجنين .

قد تكون الضخامة عمومية أو جزئية . فالضخامة العمومية يندر أن تجعل الولادة مستحيلة ، ولكنها عادة تجعلها طويلة ومتعبة . والمعالجة تنحصر في وضع الجفت ، أو عمل الثقب أو التفتيت ، اذا لم يتخلص الجنين طبيعياً . ضخامة الكتفين : قد تكون ضخامة الكتفين جزءاً من الضخامة العمومية للجنين ، أو تكون الضخامة فيهما وحدهما . وفي كلتا الحالتين تسبب عسراً في الولادة .

التشخيص - يُشك في وجود ضخامة في الجنين ، أوفى كتفيه متى رأينا الرأس بعد تخلصه لم يفعل حركة الدوران الخارجى . فاذا فحصنا المريضة مهبلياً نجد الكتفين ضخمتين ومنحشرتين في الحوض .

المعالجة - اذا صعب تخلص الكتفين يُضغَط بشدة على قاع الرحم ويجذب الرأس . فاذا لم يتخلصا تؤمر الوالدة بالاضجاع على حافة السرير بالعرض ، ثم تمرر الأصابع في المهبل ويوضع أصبع أو أصبعان في الإبط الخلفى ويجذب الى الأسفل . فان لم يتخلص الكتفان يدخل أصبعان من اليد الاخرى في الإبط المقدم ويجذب الابطان الى الأسفل . فان لم يمكن تخلص الكتفين ندخل اليد بأكلها في المهبل ويدفع أصبعان الى أعلى خلف الذراع الخلفى الى أن نصل الى المرفق ثم تمرر الأصبعين في أسفله بقليل ونجذب الساعد حتى تنثني ، ثم نمسك يد الجنين ونجذبها الى الأسفل حتى تتخلص الكتف المقابلة لها ، فيقل حجم الصدر بمقدار مسمك الكتف . فان لم يكن ذلك نُخلص الذراع المقدمة أيضاً ثم يجذب الذراعان والرأس . فان لم يتخلص الكتفان بعد ذلك تدفع يد في الرحم الى أقصى ما يمكن ، لمعرفة ما اذا كان

عسر الولادة ناشئاً عن مضاعفات أخرى . فإن لم توجد مضاعفات أخرى
تفعل عملية كسر الترقوة بمقص قوى . فإن لم يتخلص الجنين يقطع وتفصل
أحشاؤه قطعة قطعة .

(٣) التشوهات والأورام

قد تكون تشوهات الجنين وأورامه سبباً في عسر الولادة . وأهم هذه
التشوهات والأورام هي : -

- (١) الاستسقاء الدماغى ، وفيه يتجمع مقدار كبير من السائل في تجويف
الجمجمة . (٢) الفتق السحائى ، وهو خروج جزء من السائل الذى يكون
متجمعاً في تجويف الجمجمة في أحوال الاستسقاء الدماغى من ثقب في
عظام القبة ، وتكونها ورماً خارجها مغطى بالبنكبوتية وفروة الرأس .
- (٣) الفتق الخفى السحائى وينشأ من استسقاء البطينات الخفية وخروج جزء
من المخ والسحايا من ثقب في عظام الجمجمة ، وتكونها ورماً كيسياً خارجها .
- (٤) تكون أكياس مائية في العنق والصدر منشأؤها الأوعية اللمفاوية .
- (٥) الجواتر الخلقى . (٦) الاستسقاء الصدرى ، وهو تجمع مائى في تجويف
الپلورا . (٧) أورام الكبد أو الطحال أو الكلى . (٨) الاستسقاء الشوكى
وهو ورم كيسى يتكون على العمود الفقرى وينشأ من خروج السائل النخاعى
الشوكى والأغشية من ثقب في العمود الفقرى . (٩) الاستسقاء البريتونى
وهو تجمع سائل في تجويف البريتون . (١٠) تمدد مثانة الجنين بالبول
لانسداد الصماخ البولى .

التفتيش - يمكن تشخيص الاستسقاء الدماغى بتقدير حجم الرأس
بالجس البطنى ، وبملاحظة شدة انفصال عظام الجمجمة بعضها عن بعض ،
وكبر حجم اليوافنج ، وقلة صلابة الرأس عند عمل الجس المهبلى . وقد يشتهبه

ألفق السحائي بعدم تَمَرُّق جيب المياه . والخطأ في هذه الأحوال لا ضرر منه لأن المعالجة في الحالتين واحدة .

المعالجة — اذا سبب الاستسقاء الدماغى عسراً في الولادة يزل السائل بآلة بازلة ويترك باقى الولادة للطبيعة . فان لم يتخلص الجنين يوضع الجفت أو تفعل عملية التفيت . وفي الأحوال البسيطة يفعل التحويل القدى . أما التجمعات المائية في الصدر والبريتون فتستفرغ بآلة بازلة .

(٤) الأجنة الملهوكة أو المسوخ

ويقصد بها الأجنة الملتصقة بعضها ببعض ، والغائب بعض أجزاء منها وأهمها :



(شكل ١٧٩)

سيخ مشوه الوجه (سيكوبس) .



(شكل ١٧٨)

سيخ عظام قوته ناقصة التركيب .

(١) الجنين العديم الذراع — وفيه يكون المخ والقبوة غائبين ويكون العنق قصيراً والكفتان أعرض منهما في الطفل الطبيعى . وكثيراً ما يصطحب هذا النوع باستسقاء الأمنيوس ، وبالحمى بالوجه ، أو الحاجب .

(٢) الجنين العديم القلب — ويحدث إذا كان الحمل توأمياً وضعفت دورة أحد الجنينين فصار يعتمد في التغذية على الدم الذي يصل إليه من الجنين الثاني عن طريق المشيمة . ثم يأخذ قلبه في الضمور شيئاً فشيئاً . أما الأحشاء المجاورة للأوعية المشيمية فتتوهم أكثر من الأحشاء البعيدة عنها .



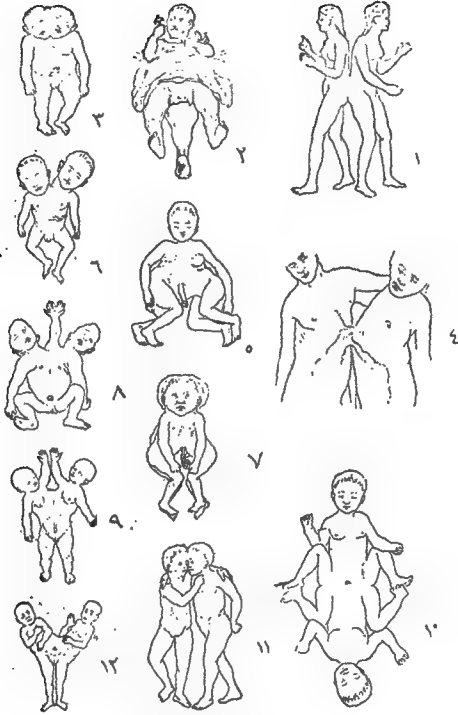
(شكل ١٨١)

مسيخ عظم مكشوف .

(شكل ١٨٠)

مسيخ عظام قوته متقدمة .

(٣) اللامعة الملتصقة — أجنة الحمل التوأمي الناشئة من بويضة واحدة قد تلتصق بعضها ببعض التصاقاً تاماً أو جزئياً . ويكون ذلك على نوعين : في النوع الأول يكون أحد طرفي الجنينين فردياً ، والطرف الثاني مزدوجاً . وفي النوع الثاني يكون الجنينان ملتصقين الواحد بالآخر في جهة ما فقط ، وتكون بقية الأجزاء منفصلة بعضها عن بعض . ومن أمثلة النوع الأول الجنين ذو الرأسين ، أو الذي له رأس واحد وحوضان وأربعة أطراف سفلى . أما النوع الثاني فعلى ثلاثة أقسام : في الأول يحدث امتزاج الجنينين في الرأسين فقط ويكون سائر الجسمين منفصلاً بعضها عن بعض ، وفي الثاني



(شكل ١٨٢) أجنة ملتصقة

يحدث الامتزاج حذاء الحوض ، وفي الثالث حذاء الصدر والبطن .
 التفصيص - يدرك وجود الأجنة الملتصقة متى أمررنا يداً داخل
 الرحم لمعرفة سبب الولادة .
 المعالجة - اذا تمسرت الولادة فنخرج الاقدام كلها ونسعى الولادة بحملها
 فان لم تخرج الأجنة تقطع .

الفصل الثالث والعشرون

* ضيق الحوض *

الأحوال غير الطبيعية للحوض قد تنشأ عن تغير في شكله فقط ، أو في شكله وحجمه أيضاً ، أو من تشوُّه في تركيبه ، أو من أمراض العظم الموضعية أو العمومية ، أو من الإصابات العرضية .



(شكل ١٨٣) الحوض ذو الثلاثة الأشعة .

أنواع ضيق الحوض — يوجد أنواع كثيرة من ضيق الحوض ، منها ما هو نادر ومنها ما هو كثير الحدوث .

الأنواع الكثيرة الحدوث — هي الحوض الضيق في جميع أقطاره ، والحوض المفرطح أى الضيق في قطره المقدم الخلفي ، والحوض المفرطح الضيق في جميع أقطاره أيضاً .

(١) الحوض الضيق في جميع أقطاره — هو من أكثر أنواع ضيق الحوض حدوثاً . وفيه لا يتغير شكل الحوض لأن أقطاره كلها تضيق نسبياً ، أى تحفظ نسبتها بعضها الى بعض . ويختلف عن الحوض الطبيعي : أولاً في ضيق أقطاره ، وثانياً في أن الزاوية العجزية القطنية تكون أكثر ارتفاعاً منها في الحوض الطبيعي ، وثالثاً في ازدياد تقعر العجز من جانب الى آخر وقلة

تقميره من أعلى الى أسفل . ويشمل الضيق أقطار المضيق العلوى والسفلى والحوض الكاذب كلها .

(٢) الحوض المفرطح - وهو أكثر من النوع السابق حدوثاً ويتميز بأن الضيق فيه لا يشمل إلا القطر المقدم الخلقى ، وأن العُرفين الحرقفيين يتغير اتجاههما فيطْلَآن الى الخارج . والحوض المفرطح على نوعين : نوع يتسبب من الراشيتزم ، ونوع لا يتسبب منه . والنوع الأخير أقل ضرراً من سابقه . وتكون صاحبه غير مشوهة التركيب ولا مصابة بما يستدل منه على سابق اصابة بالراشيتزم . والنقط المميّزة له هي ان الجزئين المقدمين للعرفين لا ينحنيان للباطن كما هو الحال في الأحواض الطبيعية ، ولا تحفظ النسبة بين القطر الذى بين الشوكتين الحرقفيتين المقدمتين والقطر بين العرفين ، وهذا لا يؤثر في سير الولادة . ولكن وجوده يُرشدنا الى أن الحوض مفرطح .

أما طول القطر المقدم الخلقى للمضيق العلوى فيصغر الى ٧ سنتيمترات . ويندر في هذا النوع أن يقل عن طوله ذلك . أما القطر المستعرض فإن لم يزد طوله عن الطبيعى فلا يقل . والأقطار المنحرفة لا يتغير طولها .

أما الحوض الراشيتزمى فتشوهه أوضح كثيراً من السابق ، وتكون صاحبه قصيرة القامة . ويظهر عليها علامات راشيتزم سابق مع انحناء العظام الطويلة مثل عظم القصبة ، وكبر حجم أطراف العظام ، وانحناء الأضلاع ، وظهور تضخمات سبجية فيها . وفي الأحوال المتقدمة من هذا النوع تظهر العلامات الآتية : -

١ - تنحى الشوكات الحرقفية العليا الى الخارج بدلاً من انحنائها الى الباطن ، فتصير الحفر الحرقفية متجهة الى الأمام فقط بدلاً من اتجاهها الى الامام والانسية .

ب - بسبب لين العجز الذى يحدث وقت الإصابة بالراشيتزم ينحني العجز ويتزلق الى الأمام بسبب ضغط العمود الفقرى ، فتقرب الزاوية المعجزية القطنية من العانة ، ويتفرطح السطح المقدم أو يتحدّب الى الخارج بدلاً من تقعره الطبيعى .

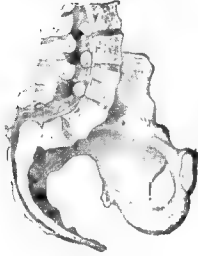
ج - ينحرف اتجاه المعجز أفقياً بحيث تقرب الزاوية المعجزية القطنية من العانة ويتجه المصمص الى الوراء فيزيد طول أقطار المضيق السفلى .

د - بسبب انتقال ضغط الجسم الى العظيمين الحرقفيين ومنهما الى مفصليّ الفخذين وإلى الساقين يبرز جانباً الحوض الى الخارج ، ويزيد بذلك طول القطر المستعرض . وتبتعد الحدبتان الوركيتان بعضهما عن بعض فيزيد بذلك اتساع القوس العائى ويطول القطر المستعرض للمضيق السفلى .

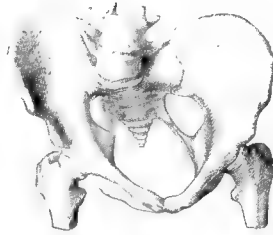
(٣) الحوض المفرطح الضيق فى جميع أقطاره - يكثر وجود هذا الحوض عند الأقزام المصابين بالراشيتزم . وقد تكون كل الأقطار ضيقة انما يكون القطر المقدم الخلفى أضيق نسبياً من باقى الأقطار . ويصطبغ هذا النوع عادةً بتقوُّس العمود الفقرى الى أحد الجانبين (Scoliosis) ، فاذا حدث ذلك انحرف شكل الحوض أيضاً .

أما الأنواع النادرة فهي : (١) الضيق المتسبب عن الأوستيومالاسيا أو لين العظام وهو مرض نادر فى مصر ، وفيه تلين عظام الحامل وتتعذر حركتها . ثم انه من ضغط العمود الفقرى من فوق يشتد بروز الزاوية المعجزية القطنية الى الأمام حتى تقترب من العانة ، ومن ضغط عظمى الفخذ تقترب الحفرتان الحقيتان بعضهما نحو بعض . ويطلق على هذا النوع اسم الحوض ذى الأشعة الثلاثة (انظر شكل ١٨٣) . أما الأنواع الثلاثة الآتية فتسبب من وجود أمراض فى العمود الفقرى وهى : (٢) الحوض القعوى

الذى يحدث من تقوُّس الفقرات القطنية الى الوراء ، (٣) الحوض المشوَّه بانحراف وهو الذى يحدث من تقوُّس العمود الفقرى الى أحد الجانبين ،



(شكل ١٨٥)
الحوض المتزاق .



(شكل ١٨٤)
الحوض المموج بانحراف .

(٤) الحوض المنزاق وفيه تنزاق الفقرة الأخيرة القطنية بحيث يصير نتؤها الشوكى ملاصقاً للسطح المقدم للقرة الأولى العجزية (انظر شكل ١٨٥) . أما النوعان التاليان فيتسببان من وقوف النمو الطبيعى للكتلتين الجانبيتين للعجز أو لإحدهما فقط وهما : (٥) انحراف نجليه أو الحوض المموج بانحراف

(انظر شكل ١٨٤) وفيه

تكون احدى الكتلتين الجانبيتين للعجز نامية نموها الطبيعى والأخرى ضامرة ، ويكون ارتباط الارترفاق



العجزى الحرقفى عظمياً . (شكل ١٨٦) الحوض الشيق من وجود أورام .

(٦) حوض روبرت . وفيه تكون الكتلتان الجانبيتان للعجز غير ناميتين نموها الطبيعى فيضيق القطر المستعرض للحوض ، (٧) الحوض القمعى .

وفيه يكون المضيق العلوى طبيعياً ولكن تجويف الحوض يأخذ في الضيق تدريجياً من أعلى الى أسفل ، فلذلك ينحجز الرأس عن التخلص في أثناء مروره من المضيق السفلى . وهو يختلف عن الحوض القمعى الذى يحدث من تقوُّس العمود الفقرى الى خلف في أنه لا يصطحب . رض في العمود الفقرى . (٨) ضيق الحوض النائى من كسور أو خلوع قديمة . (٩) ضيق الحوض النائى من وجود أورام حوضية (انظر شكل ١٨٦) . (١٠) ضيق الحوض النائى عن أمراض المفصل الفخذى الحرقفى . (١١) ضيق الحوض النائى من الخلوع الخلقية لمفصل الفخذ . (١٢) الحوض المشقوق وهو الذى يكون فيه العظامان المانيان منفصلين الواحد عن الآخر .

معالجة الأنواع النادرة لضيق الحوض - في نوعى الحوض القمعى وفي انحراف تجليه يوضع الجفت أو يفعل التفتيت . أما في الحوض ذى الأشعة الثلاثة النائى من لين العظام وفي الحوض المنزلق وفي ضيق روبرت فتفعل العملية القيصرية . أما معالجة بقية الأنواع فتختلف بحسب درجة الضيق .

✽ العلامات التى يُستدل منها على ضيق الحوض ✽

تشخيص ضيق الحوض - لتشخيص ضيق الحوض يجب مراعاة النقاط الآتية :-

- (١) التاريخ .
- (٢) شكل المريضة .
- (٣) الأعراض التى تشكو منها .
- (٤) نتيجة الفحص البطنى والحوضى .
- (١) التاريخ - يستفهم من المريضة : (١) عن أمراض طفولتها ،

مثل اصابها بالكساح ، أو اذا كانت أسنانها تأخرت في الظهور ، أو اذا كانت تأخرت في المشي . و (٢) عن تاريخ ولادتها السابقة هل كانت عسرة أو طبيعية . وهل ولدت أجتث حياة أم ميتة .

(٢) شكل المريفض يشبه الموالد في كون الحوض ضيقاً اذا كانت الحامل مصابة بتدرن مفصل الفخذ ، أو اذا كان بها عرج ، أو اذا كان عمودها الفقرى متقوساً الى الوراء ، أو الى الجانب (القطب) ، أو اذا كان في أعلى العجز مباشرة انخفاض كبير لأن ذلك يدل على انزلاق الفقرة الأخيرة القطنية ، أو اذا وجدت علامات تدل على الراشيتزم ، أو اذا كانت الحامل قصيرة جداً ، أو اذا اشتكت من آلام شديدة في العظام . أو اذا كانت بكرية الولادة وكانت جدر بطنها مرتحية ، أو اذا لم ينحشر الجزء الآتي به الجنين في المجيء بالقمة عند بكرية الولادة في أثناء الاسبوعين الأخيرين للحمل . فان الملامات السابقة جميعها تدل على وجود ضيق في الحوض .

(٣) الاعراض - قد يسبب ضيق الحوض بعض الاعراض في أشهر الحمل الأولى مثل احتباس الرحم الحامل المنثني الى الوراء في تجويف الحوض اذا كانت الزاوية العجزية القطنية شديدة البروز الى الأمام . أما في أشهر الحمل الأخيرة فبسبب مقاومة المضيق الملولى للرحم والجنين يندفع الأخيران خارج الحوض فيسقط قاع الرحم على البطن فتترنخ جدر البطن وتندلى . وقد يسبب ضيق الحوض المجيء المعيب كما سبق شرحه في الكلام على أنواع المجيء . أما مدة الولادة فالعلامات التي يستدل منها على ضيق الحوض هي أن الرأس لا يكون منحشراً في حين كان يجب أن يكون منحشراً .

ثم أن الولادة في أحوال ضيق الحوض تكون بطيئة السير جداً وذلك لأربعة أسباب :

- (١) أن ضيق المضيق العلوى يمنع أو يعطل الرأس عن الانحشار .
- (٢) أن ضيق الحوض يسبب الحجب المعيب .
- (٣) أن ميل الرحم على جدر البطن يضعف مساعدة عضلات البطن للطلق .

(٤) انه يسبب أن الرأس لا يملأ القسم السفلى للرحم في أحوال ضيق الحوض يبقى الاتصال بين جيب المياه والسائل الأمنيوسى العمومى . فعند حدوث الطلق يشتد بروز الجيب ويأخذ شكلاً قعياً ثم ينفجر قبل تمديد الفوهة الظاهرة . ولكون الجزء الآتى به الجنين غير منطبق على الجزء السفلى للرحم ، يتصرف السائل الأمنيوسى كله بسرعة . وقد يجذب الحبل السرى معه مسبباً سقوطه فى المهبل . ويتسبب عن الانفجار المعجل للجيب ان العنق لا يتمدد إلا ببطء شديد ، وربما انقبض بعد تمدده ويدوم ذلك الى أن ينحشر الجزء الآتى به الجنين ويملاً الجزء السفلى للرحم ، فيأخذ فى تمديد العنق من جديد . وبسبب تصرف السائل الأمنيوسى جميعه تضغط جدر الرحم على الجنين مباشرة ، وقد يحدث هذا الضغط ضرراً بالغا ، ربما آل الى وفاة الجنين اذا طالت الولادة . ولا يقتصر الضرر الذى يصيب الطفل على ضغط الرحم بل ان مرور الرأس فى حوض ضيق قد ينشأ عنه تشوه عظيم فى عظام الرأس . وقد شوهد فى بعض الأحوال الثقيلة حدوث كسر فى عظام القبة .

واذا اتفق أن الجزء السفلى للرحم أو العنق احتبس بين الرأس وعظم الحوض يتمطل رجوع الدم الوريدى من الجزء المحتبس . فاذا لم يتنبه المولد لدفع

الجزء المحتبس الى أعلى الرأس ، قد تكون الماقبة وخيمة . وقد تنشأ عنها النتائج الآتية : -

- (١) تعطيل الولادة .
- (٢) تمزق الجزء السفلى للرحم .
- (٣) انفصال جزء حلقى من العنق ونزوله أمام الرأس .
- (٤) ان الجزء المنضغط يفقد حيويته بسبب انقطاع ورود الدم فيموت ويسقط فيما بعد مسبباً لنواسير بولية عنقية . وفي الأحوال التي يعم فيها الضغط جزءاً من المهبل يتفغر الجزء المحتبس تاركاً نواسير مهبلية . وقد يكون الجزء المتفغر كبيراً لدرجة أن يعدم المهبل فيما بعد ، ويبقى مكانه ندب التحام سمكة يتخللها نواسير كبيرة الحجم .



ولا يقتصر ضرر ضيق الحوض على المضاعفات التي تطرأ في مدة الولادة ، بل ان استطالة الولادة وما يستتبعه عسرهما من العمليات والتمزقات ، والرضوض التي تصيب الأنسجة الرخوة من ضغط الرأس ، ومن استعمال

الآلات ، والنهوكة التي (شكل ١٨٧) يرسل مارتن انياس الحوض من الظاهر .
تصيب المريضة من جراء الولادة ، والأنزفة التي كثيراً ما تتبعها ، تجعل الأم عرضة لحدوث الحيات النفاسية الموضعية والعمومية .

(٤) نسيب الفمض البطنى والحوضى - اذا كانت الوالدة بكريه الولادة ،

ولم يكن الرأس منحسراً عند بدء الولادة ، أو لو كانت متكررة ولم ينحسر بعد بضع ساعات بالرغم من وجود طلق قوى فالتألب ان الحوض ضيق أو ان الوضع معيب . وفي هذه الحالة يجب قياس الحوض من الباطن ومن الخارج . والقياس من الخارج قبل الأهمية لأنه لا يفيد في أحوال الضيق القليلة . أما النقط التي تجب ملاحظتها في قياس الحوض من الخارج فهي : --



(١) طول القطر المقدم الخلفي الخارجى وهو المسافة بين الحافة العليا للارتفاق العانى من الظاهر والانخفاض الموجود أسفل النتوء الشوكي للفقرة الأخيرة القطنية . ويبلغ طوله عادة ٢٠ سنتيمتراً . فان نقص عن ١٦ سنتيمتراً فالحوض ضيق . وفي الحوض الطبيعى يكون هذا القطر أطول من القطر المقدم الخلفي المضيق العلوى بعشرة سنتيمترات . وإذا وجدنا صعوبة في تعيين النتوء الشوكي للفقرة الأخيرة القطنية ، يُعلم

(شكل ١٨٨) ميمى ميكابليس .

بقلم ملون مركز الشوكتين الخلفيتين العلويتين على الجلد . ويوصل بينهما بخط . ويكون مركز النتوء الشوكي أعلى منتصف هذا الخط بأربعة سنتيمترات .

(٢) المسافة بين الشوكتين الحرقيتين العلويتين المقدمتين وطولها من ٢٥ -- ٢٦ سنتيمتراً .

(٣) المسافة بين أبعد نقطتين على العرفين الحرقيين وطولها من

٢٧,٥ - ٢٨ سنتيمترًا . وقد وجدوا أن طول هذا القطر هو ضعف طول القطر المستعرض للمضيق العلوى .

(٤) المسافة بين الشوكتين الحرفيتين الملويتين الخلفيتين وطولها



١٠ سنتيمترات . وإذا لاحظنا (شكل ١٨٨) نجد أننا إذا أوصلنا خطوطاً بين الشوكتين الملويتين الخلفيتين وبين النتوء الشوكي يتكوّن مثلث . فإذا رسمنا خطين حذاء الحذّين الخلفيين للمضلتين العظيمتين الأليتين يتصل هذان الخطان بقاعدة المثلث فيصير الشكل معينياً . ويسمى هذا الشكل الرباعى «معىنى ميخائيلس» . وفى الأحواض الضيقة لا يكون هذا الشكل معينياً تماماً لأن القطر بين الشوكتين الخلفيتين يزيد فى الضيق العموى وينقص فى الحوض المفرطح .

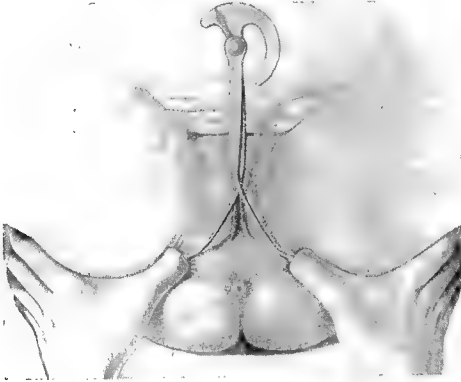
(شكل ١٨٩) قياس القطر المقدم الخلقى من الخارج بوجعل بودلوك .

(٥) النسبة ما بين المسافة التى بين الشوكتين المقدمتين والمسافة

بين العرفين، وتكون عادة بنسبة ٢٦ الى ٢٩ . أما اذا كان طول المسافة بين الشوكتين مساوياً لطولها بين العرفين أو كانت أطول منها فالخوض رايشيزى .

(٦) النسبة بين المسافة التى بين الشوكتين المقدمتين الملويتين

والتي بين الخلفيتين الملويتين ، ويجب أن نكون دائماً بنسبة ٢٥ الى ١٠ . فإذا كانت المسافة بين الشوكتين الخلفيتين أطول نسبياً من المسافة بين المقدمتين فالخوض ضيق في جميع أقطاره ، وإذا كانت أقصر نسبياً فالخوض مفرطح .



(شكل ١٩٠)

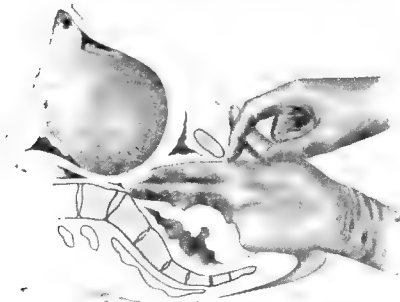
قياس القطر المستعرض للمضيق السفلي ويلينس)

(٧) طول القطر المقدم الخلفي والقطر المستعرض للمضيق السفلي .
ويبلغ طول الأول عادة ٩ سنتيمترات والثاني ١١ سنتيمتراً .

والبراجل المستعملة للقياس من الخارج هي براجل مارتين أو بودلوك .
وعند استعمالهما يسك البرجل باليدين بحيث يمسك كل من منقاريه بإهام
أحدى اليدين والوسطى ، أما السبابة فتستعمل لتعيين النقط التي يُركّز
عليها البرجل . وبعد عمل القياس يقرأ طول القطر على آلة القياس المثبتة في
قته . أما وضع المريضة في أثناء عمل القياسات الخارجية فيختلف بحسب
القطر الذي يُطلب قياسه . فلقياس القطر المقدم الخلفي يستحسن أن

تكون المريضة واقفة أو نائمة على جانبها . ولقياس الأقطار بين الشوكتين وبين العرفين تضجّع على ظهرها . أما أقطار المضيق السفلى فتقاس والمريضة في الوضع الظهرى ، وتُخذاهما منثنيّتان على بطنها وأليتها متعديّتان حافة السرير . ويقاس القطر المقدم الخلفى بالبرجل من الحافة السفلى للارتفاع العائى الى الفقرة الأخيرة العجزية وي طرح منها نصف سنتيمتر قيمة تُخفى العجز أما القطر المستعرض فيقاس من الحافة الباطنة لإحدى الحديبتين الوركيتين الى الحافة الباطنة للحدبة الأخرى . وقبل استعمال البرجل يُعيّن موضع الحديبتين . بالابهامين بواسطة أحد المساعدين (انظر شكل ١٩٠) .

قياس الحوض منه الباطمه - يمكن قياس الحوض من الباطن إما بالاصبع أو بالبرجل . فبواسطة الاصبع يسهل قياس القطر المقدم الخلفى .



(شكل ١٩١) قياس القطر المقدم الخلفى للحوض بالاصبع .

أما الأقطار الأخرى فتقاس بالبرجل . وطريقة القياس بالاصبع هي أن تضجّع المرأة على حافة السرير بالعرض . ثم تُدخل أصبعين فى المهبل وتُدفعهما الى الأعلى والوراء حتى يلامس الوسطى الزاوية العجزية القطنية . ويجب التمييز

بينها وبين الخط المكوّن من اتصال الفقرتين العجزيتين الاولى والثانية. ولعمل ذلك ندفع الاصبع الباحث الى الأعلى فان كان الخط الذى نحسّ به هو الزاوية العجزية القطنية نجد أن العظم يتراجع الى وراء ، بخلاف الخط الذى بين الفقرتين فان العظم فوقه يتجه الى الأمام . وفى أثناء وجود الاصابع فى هذا الوضع يُعلّم بظفر سبابة اليد الأخرى على محل تقاطع الرباط تحت المانة مع الاصبع الباحث . ثم تُرفع الاصابع وهى بهذه الكيفية . وتُقاس المسافة من قمة الاصبع الوسطى الى محل التقاطع السابق ذكره . ولما كان القطر الذى قسناه الآن أشد ميلاً من القطر المقدم الخلفى وجب أن يطرح منه سنتيمتر وربيع إذا أُريد معرفة الطول الحقيقى للقطر المقدم الخلفى . ولكن فى الأحوال



(شكل ١٩٢) برجل سكوتش (داون)

التي تكون فيها الزاوية العجزية القطنية أوطأ من العادة ، أو التي يكون فيها الارتفاق العائى أفقياً أكثر من الطبيعى فلا يكون القطر الذى تقيسه كثير الميل فلذلك يطرح منه أقل من سنتيمتر وربيع . أما اذا كانت الزاوية العجزية القطنية شديدة الارتفاع أو كان الارتفاق العائى عمودياً أكثر من اللازم ، فيكون ميل القطر أكثر فيطرح أكثر من سنتيمتر وربيع . أما اذا أردنا معرفة قياس الحوض بالضبط فالواجب استعمال البرجل . ويوجد جملة براجل لقياس الحوض ولكن أحسنها برجل سكوتش . وهو

يتألف من ثلاث قطع ممدنية : الاولى ساق قليل الانحناء والثانية ساق لين مكون من مزيج من الاليومينيوم ، والثالثة قطعة نصف دائرية تصل بين السابقتين . فالساقان يمكن وصلهما (مفصلتهما) الواحدة بالأخرى بكيفية تجعل انحناء الساق الصلبة مواجهاً للساق اللينة أو غير مواجه لها ،



(شكل ١٩٣)

قياس القطر المقدم الخلفي للحوض ببرجل سكوتش .

فلقياس الحوض ببرجل سكوتش تضجج الوالدة على حافة السرير بالعرض ثم توضع علامة بالحبر على منتصف الارتفاق العاني، ثم يوصل (يُفصل) ساقا البرجل بحيث يكون طرف الساق الصلبة غير مواجه للساق اللينة . ثم يمرر في المهبل بأصبعان من اليد اليمنى ويوجهان الى الاعلى والوراء حتى يلامسا الزاوية العجزية القطنية . ثم تُزلق الساق الصلبة عليهما حتى ترتكز على الجزء الأكثر ارتفاعاً من الزاوية العجزية القطنية ، ويؤمراً أحد المساعدين أن يجعل طرف الساق اللينة يلامس

العلامة الموضوعية على العانة . ثم يُرْفَع البرجل وهو في هذا الوضع وتقاس المسافة بين ساق البرجل فيكون طولها مساوياً لطول القطر المقدم الخلفي للحوض

مضافاً اليه يُخَنّ الارتفاق العاني . ويبقى علينا الآن أن نقيس ثُخَنّ العانة ونطرحه منه لنحصل على طول القطر المقدم الخلفي الحقيقي . ولقياس ثُخَنّ



(شكل ١٩٤)

قياس سلك العانة ببرجل سكوتش

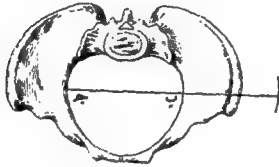
العانة يُغيّر وضع الساقين بحيث يكون الأضلاع مقابلاً للساق اللينة ، ثم يوضع أصبع في المهبل على الجزء الأكثر بروزاً للباطن من الارتفاق العاني ، وتزلق الساق الصلبة على الأصبع الى أن ترتكز على هذه النقطة . ثم يؤمر مساعد أن يحمل طرف الساق اللينة ملاصقاً للعلامة الموجودة على السطح الظاهر للارتفاق العاني ثم يُرفع البرجل . انما يجب عند رفعه هذه المرة أن تُفصل الساقان

الواحدة عن الأخرى خوفاً من تغير وضعهما في أثناء اخراجهما ومعنى أخرجهما توصلاً ثانياً وتقاس المسافة بينهما وهي ثُخَنّ العانة .

ملحوظة - يوجد على الجزء الصلب الذي يصل الساقين احدهما بالآخرى ارتفاع في مكان اتصاله بأحدى الساقين هو الذي يدلنا على المسافة الواجب تباعد الساقين بقدرها في أثناء وصلهما ثانياً .

ولقياس القطر المستعرض توضع علامة بالحبر على المدور العظيم لعظم الفخذ . ثم تقاس المسافة بينها وبين النقطة الأكثر ابتعاداً عنها من الخط الذي لا اسم له من الجهة المقابلة (انظر شكل ١٩٥ ا ب) ثم تقاس أيضاً المسافة

بين هذه النقطة والنقطة الأكثر اقتراباً لها من الخط الذي لا اسم له القريب منها (ا ب شكل ١٩٥) . ثم تطرح المسافة الثانية من الأولى فيكون الباقي هو طول القطر المستعرض .



(شكل ١٩٥) قياس القطر المستعرض للحوض ،

ميكانيكة الولادة في الأموات الضيقة : —

(١) في الحوض المفرطح — يدخل الرأس في الضيق العلوى منبسطاً بعض الانبساط ، وقطره المقدم الخلفى شاغل للقطر المستعرض وليس القطر المنحرف . وإذا كان الضيق شديداً ينحرف الرأس الى الجهة التى بها المؤخر ، وهذا يساعد على انبساط الرأس فينشأ من ذلك أن القطر الصدغى الصدغى يشغل القطر المقدم الخلفى للحوض وهو أصغر من الجدارى الجدارى فينحشر الجزء المقدم للرأس قبل المؤخر . فإذا فحصنا المريضة بعد حدوث ذلك نجد أن اليافوخ المقدم أكثر أجزاء الرأس اتجاهاً الى أسفل . ثم انه بسبب اشتداد الطلق ينحشر المعظم الجدارى المقدم أولاً فيقترب التدريز السهمى من الزاوية العجزية القطنية أى يحدث عدم تزامن مقدم ، فإذا لم يكن الضيق بدرجة تجعل ولادة الرأس مستحيلة يتركز المعظم الجدارى على العانة ثم يدور الرأس على محوره المقدم الخلفى وينزلق المعظم الجدارى الخلفى في تجويف الحوض . وإذا كان الضيق شديداً يأخذ عدم التزامن المقدم فى الازدياد حتى يرتفع التدريز

السمعى فوق الزاوية العجزية القطنية ، وتظهر الأذن من الفوهة الظاهرة .
ميكانيكية الولادة في المجرى بالمقعدة - متى ولد الجسم ينحسر الرأس وقطره
المؤخرى الجبى شاذل للقطر المستعرض المضيق العلوى . ثم ينحرف الرأس
قليلاً الى الجهة التى بها المؤخر ويتبع ذلك حركة انثناء خفيفة . ومما يساعد
على انحسار الرأس فى هذا الوضع هو ان الجزء الخلفى لقاعدة الجمجمة أصغر
من الجزء المقدم . فبانحساره أولاً يسهل انحسار الجداريين فيما بعد . ثم ان
انضغاط الجداريين من تحت الى فوق أسهل بكثير من انضغاطهما من
فوق الى تحت . ومتى انضغط الجداريان واقتربا الواحد الى الآخر تصغر الأقطار
المستعرضة للرأس فيسهل انحساره . وهذا هو السبب فى أنهم ينصحون بعمل
التحويل القدى فى الدرجات الخفيفة من ضيق الحوض . ولكن لا يسهو
عن البال أن الفائدة المرجوة من سهولة انحسار الرأس بعد عمل التحويل
القدى يقابلها سهولة تصغير الرأس وتكييفها اذا كان المجرى بالرأس وصعوبة
ذلك فى المجرى بالمقعدة لأن الوقت الذى يمكن أن يبقاه الرأس فى الحوض
فى المجرى بالمقعدة صغيراً جداً يُعَدُّ بالدقائق بينما هو فى المجرى بالرأس
طويل جداً .

(٢) الحوض الضيق فى جميع أقطاره - انه بسبب المقاومة الشديدة
التي يصادفها الرأس فى الانحسار فى الحوض الضيق فى جميع أقطاره يشتد
الانثناء حتى يتحول المجرى من مجرى بالمقعدة الى مجرى باليا فوخ الخلفى . وفيما
عدا ذلك لا تختلف الميكانيكية عن الميكانيكية العادية فى شئ غير ان حركة
الدوران الداخلى تتم بتأثير المستويات المائلة للحوض ، وليس بفعل العضلات
التي فى أرضيتها ، وذلك بسبب شدة انطباق الرأس على تجويف الحوض . ومتى

تمت ولادة الرأس نجد شكله قد تغير كثيراً بحيث تصغر أقطاره المستعرضة وتطول الأقطار الطولية، وتراكم المظام تراكباً شديداً، ربما آل إلى كسر بعضها أو أحداث انخفاضات فيها. وذلك لأن المقاومة التي يصادفها الرأس لا تقتصر على المضيق العلوي كما هو الحال في الحوض المفرطح، بل تشمل التجويف والمضيق السفلي أيضاً.

أما في المجهى، بالمقارنة فبسبب ضيق أقطار المضيق السفلي يكثر انبساط الذراعين وتعرض ولادة الرأس. وذلك عكس ما يحدث في الحوض المفرطح حيث تكون أقطار المضيق السفلي طبيعية. ولهذا السبب يحسن عمل التحويل القدي في الحوض المفرطح ولا يصح عمله في الحوض الضيق في جميع أقطاره.

السبر الواجب اتباعه في معالجة ضيق الحوض — لسهولة فهم طرق العلاج المتبعة في أحوال ضيق الحوض يحسن تقسيمه إلى أربع درجات كالآتي : —

الدرجة	طول القطر المقدم الخالي في الحوض المفرطح	طول القطر المقدم الخالي في الحوض الضيق في جميع أقطاره	المعالجة	امكان الولادة بطريق المهبل
الاولى	١٠ سنتي الى ٨ سنتي	١٠ سنتي — ٩	التحويل القدي أو ترك الحالة الطبيعية الى أن يتشكل الرأس .	من الممكن ولادة جنين حي تام المدة بلا مساعدة
الثانية	٨ — ٧	٩ — ٧ ½	الولادة المعجزة — التحويل — قطع المانة — العملية القيصرية — التفقيت .	يمكن ولادة جنين حي تام المدة بعملية
الثالثة	٧ — ٥ ½	٧ ½ — ٦	العملية القيصرية — التفقيت .	لا يمكن ولادة جنين حي تام المدة الا نادراً
الرابعة	أقل من ٥ ½	أقل من ٦	العملية القيصرية .	لا يمكن ولادة الجنين ولو بعد الثقب والتقطع بلا خطر على الأم

(١) الدرجة الأولى — وفيها يكون طول القطر المقدم الخلفي في الحوض المفرطح من ٨ — ١٠ سم ، وفي الحوض الضيق في جميع أقطاره من ٩ — ١٠ سنتيمترات .

في هذه الحالة يجب أن تترك الولادة للطبيعة حتى يصغر حجم الرأس بفعل الطلق الى درجة تجعل مروره في الحوض ممكناً . وقوة الطلق تكون على أشدها في الولادات الثلاثة الأولى وهي التي ننتظر فيها أن تتم الولادة طبيعياً . أما في الولادات التالية فيندر أن يقوى الرحم على إتمام الولادة بلا مساعدة . وفي الولادة الأولى يكون الطلق أشد منه في الولادات التالية ولكن يقابل ذلك أن المسالك التناسلية تكون غير متسعة الاتساع الكافي لمرور الجنين فيزيد ذلك في صعوبة الولادة . وفي الأحوال التي يُعَوَّل فيها على ترك الولادة للطبيعة تجب مراقبة المريضة بعناية تامة . لأن المدة الطويلة التي يقتضيها تصغير الرأس قد تصطبج بأعراض تستوجب المداخلة فيجب ادراكها بمجرد حدوثها .

ففي الحوض المفرطح مثلاً يختلف الانذار بحسب حالة الرأس في أثناء انخشاره ، فان وجد عدم تزامن مقدم في الانخشار فالغالب ان الولادة تتم إما طبيعياً ، أو بواسطة الجفت . أما لو وُجد عدم تزامن خلفي فيُشَكَّ كثيراً في امكان حدوث الولادة طبيعياً . وكذلك تجب مراقبة درجة تراكب عظام القبة بعضها على بعض . فكلما ازداد هذا التراكب كان الأمل في انخشار الرأس أكثر .

أما في الحوض الضيق في عموم أقطاره فيندر أن يحدث عدم تزامن في الانخشار . وعادة يزداد أثناء الرأس حتى يتحوَّل المَجْيء الى مَجْيء باليا فوخ الخلفي ويشد تراكب العظام .

والتجاح في حدوث الولادة طبيعياً يتوقف على طول الدور الثاني أى على المدة التى يمكن أن يسمح للرأس فيها بالتصغير بلا ضرر على الام ولا على الجنين . فكلما طالت هذه المدة كان الانذار حميداً . وغالباً تكفى أربع أو خمس ساعات . وقد شاهدت أحوالاً كثيرة أمكن فيها ترك المريضة ٢٤ ساعة أو أكثر بلا ضرر عليها ولا على الجنين . وإذا طالت مدة الدور الثانى يكبر حجم الحدة الدموية كثيراً ، ولا ضرر فى ذلك . ولنعلم أن محاولة تخليص الرأس بالجفت قبل انحساره كثيراً ما تنتهى ب وفاة الجنين فما دامت ضربات قلبه لم تزد عن ١٥٠ ولم تنقص عن ١١٠ ولم تظهر على الولادة علامات الانحطاط فالأوفق تشجيعها على الطلق الى أن يتشكل الرأس وينحسر فى الحوض ، فاذا انحسر الرأس وضعف الطلق تساعد بالجفت ان كان الحوض مفرطاً . أما اذا كان ضيقاً فى جميع أقطاره فينتظر الى أن تقارب الرأس الخروج من المضيق السفلى قبل أن يوضع الجفت . وذلك لأن الضيق فى الحوض المفرط لا يعتمدى المضيق العلوى . أما فى الحوض الضيق فى جميع أقطاره فالضيق يشمل التجويف والمضيق السفلى أيضاً .

التحويل — اذا لم يكن الرأس منحسراً ولم يحدث عدم تزامن مقدم ، أو لو حدث عدم تزامن خلفى ولم يصلح ، أو لو كان المجهى بالوجه أو بالحاجب ، أو اذا لم يكن الضيق شديداً (٩ - ١٠) سننى وكان الرأس كبيراً ، أو اذا سقط الحبل السرى وكان العنق ممتدداً والسائل الأمنيوسى باقياً منه القدر الكافى لعمل التحويل ، فالأفضل اجراء عملية التحويل .

المقارنة بين الجفت والتحويل — ان الاختيار بين الجفت والتحويل لا يترك للصدفه بل يتوقف على مقدار ما انحسر من الرأس فى الحوض ، وعلى الشروط التى يجب أن تتوفر قبل عمل التحويل . ويجب التمييز أولاً بين الأحوال

التي يُنْتَظَر فيها ولادة الجنين حياً ، والأحوال التي ستنتهي حتماً بالتفتيت .
 فاذا وجدنا عدم تناسب كبير بين الرأس والحوض ، فلا داعي للتحويل .
 واذا وجدنا أن السبب في عدم انحسار الرأس ليس عدم تناسب بينه وبين
 الحوض بل من محيطه المعيب فالتحويل أفضل من وضع الجفت . أما اذا كان
 جزء من الرأس قد انحسر في الحوض ولم يكن الضيق شديداً فالجفت أفضل .
 وكثيراً ما يولد رأس الجنين بالجفت في أحوال لم يكن يُنْتَظَر فيها النجاح .
 ويجب ملاحظة ان توليد جنين حتى يعمل التحويل يقتضى مهارة كبيرة من
 المولّد : أولاً في انتقاء الزمن المناسب ، وثانياً في المقدرة على تحليلص الذراعين
 والرأس بمهارة وبسرعة . فان الجنين لا يموت وقت تحويله ولكن يموت وقت
 تحليصه . وعلى العموم يجد المولّد غير المتعرن ان استعمال الجفت أسلم من
 التحويل وبالأخص عند البكرات .

المهمّة — يُقَدَّر عدم التناسب بين الرأس والحوض ، فاذا اتضح جلياً
 أنه من المستحيل ولادة الرأس يُعْمَل التفتيت . واذا كان الرأس شاغلاً
 للمضيق العلوى في وضع مناسب (عدم تزامن مقدم) ، وكانت المسافة بين
 التدوير السهمي والزاوية المعزوية القطنية لا تزيد عن سنتيمترين يوضع الجفت
 اذا وجد ما يستدعى ذلك . واذا كان الرأس في وضع معيب يُنْتَظَر الى أن
 يتمدد العنق تماماً ويعمل التحويل . واذا تأخر خروج الرأس يستعمل الجفت
 فان لم ينجح يُعْمَل التفتيت .

الدرجة الثانية — وفيها يكون طول القطر المقدم الخلفي من ٧ — ٨
 سنتيمترات في الحوض المفرطح ، ومن ٧ ½ الى ٩ في الحوض الضيق في جميع
 أقطاره . في الأحوال التي يضيق فيها القطر المقدم الخلفي عن ٧ ½ س م
 يندر جداً أن ينجح التوليد بالجفت ويجب الاتجاء الى طرق أخرى . وقبل

عمل شيء يجب التأكد من حياة الجنين . فإذا اتضح لنا بعد التسمع المتكرر على قلب الجنين في الجهة التي كنا نسمع فيها القلب في أول الولادة أن ضرباته قد وقفت فالأفضل التفتيت . وإن كان الجنين حياً يُختار ما بين قطع الارتفاق العاني وقطع عظم العانة ، وبين العملية القيصرية . ونحن نُفَضِّل العملية القيصرية الآ في الأحوال التي سبق فيها استعمال الجفت أو جُرب فيها عمل التحويل أو ظهرت فيها علامات تعفن في الرحم لأن الاختبار في مستشفى القصر العيني دلّنا على أن الخطر من هذه العمليات الثلاث واحد . والتوليد بالعملية القيصرية هو الوحيد منها الذي يُضمن فيه سلامة الجنين ،

الدرجة الثالثة — وفيها يكون طول القطر المقدم الخافي من $\frac{1}{4}$ - ٥ - ٧ في الحوض المفرطح ومن ٦ - $\frac{1}{4}$ - ٧ في الضيق في جميع أقطاره . في الحوض الضيق بهذه الدرجة تستحيل ولادة الجنين حياً من المسالك الطبيعية . فإذا أدركنا وجود الضيق قبل المخاض تُعْمَل العملية القيصرية ، وإذا لم ندركه إلا بعد تقدم المخاض تعمل العملية القيصرية إذا لم يكن التعفن قد وصل إلى الرحم والآ فتُعْمَل عملية التفتيت . وإذا كان الجنين ميتاً يعمل التفتيت على كل حال .

الدرجة الرابعة — يصعب فيها جداً التوليد بالتفتيت إلا إذا كان المولّد متمرناً جداً التمرن . والأفضل هنا عمل العملية القيصرية ولو كان الرحم متعفنًا .
تخريص الولادة المعجلة — الفرض من تخريص الولادة قبل تمام مدة الحمل هو سهولة ولادة الرأس قبل أن يكبر حجمه . وهذه العملية وإن كانت خالية من الخطر تقريباً فيما يختص بالأُم ، ولكنها ليست من مصلحة الجنين . لأن ولادة الأجنة قبل تمام المدة يجعلها ضعيفة وضعبة التربية . وكثير من هؤلاء الأجنة يموت في الشهرين الأولين من حياته إلا إذا اتخذت

احتياطات وافية في تربيته . ولما كانت أغلب أحوال ضيق الحوض تحدث عند الطبقات الفقيرة فليس من المنتظر أن تتوافر عندهم الشروط اللازمة لعمل الاحتياطات اللازمة . ولهذا السبب يُستحسن أن لا تتبع هذه الطريقة إلا إذا رفضت المريضة عمل العملية القيصرية أو غيرها من العمليات التي تعمل عند تمام الحمل . وفي هذه الحالة نلاحظ أمرين مهمين قبل شروع في العمل . الأول سن الجنين والثاني درجة الضيق . أما عن الأول فلا يجوز تحريض الولادة إلا بعد بلوغ الحمل الأسبوع السادس والثلاثين لأن الأجنة التي تولد قبل ذلك لا تعيش في الغالب . وأما عن الثاني فلا يجوز أن يقل طول القطر المقدم الخلفي في الحوض الضيق في جميع أقطاره عن $8\frac{1}{2}$ والآن فإن الخطر الذي يحدث من تشكيل الرأس وقت مروره من الحوض يؤدي غالباً بحياة الجنين . وذلك لأن عظامه تكون لينة وسهلة التأثر بالضغط .

وفي الغالب لا يلجأ إلى تحريض الولادة إذا زاد القطر المقدم الخلفي عن $8\frac{1}{2}$ لأن فرصة النجاح في حدوث الولادة الطبيعية عند التمام ليست قليلة وبالأخص عند البكرية . أما الأحوال التي لا تنجح فيها الولادة الطبيعية عند البكرية التي قطر حوضها $8\frac{1}{2}$ فيجوز التحريض قبل الميعاد في ولادتها التالية . والصعوبة الكبرى في تحريض الولادة ليست في معرفة درجة ضيق الحوض ، ولكن في تقدير سن الحمل . لأنه كثيراً ما تخطئ الوالدة في التاريخ . وقد يحدث الحمل في فترة انقطاع الحيض ، وقد يحدث في الشهور الثلاثة الأولى للحمل . وفوق ذلك نجد أن حجم الأجنة ليس دائماً ثابتاً . فبعض الحوامل تكون أجنتهن دائماً كبيرة الحجم وفي البعض الآخر تكون الأجنة في تمام المدة أصغر من التي عمرها ثمانية شهور رحمة . ولذلك يجب أن يُبنى الحكم على دنو الميعاد الذي تحرض فيه الولادة المعجلة على تناسب حجم الرأس

لسعة الحوض . والطريقة التي نصل بها الى هذا التقدير هي طريقة مولر .

طريقة مولر — تمام المريضة على حرف السرير بالعرض (وضع الشق العجاني) ، ويُمسك مساعدان نخذيها وساقها ويولج أصبعان من اليد اليسرى في المهبل الى أن يلامسا الرأس في المضيق العلوى . ثم يُمسك الرأس باليد اليمنى بطنياً ويدفع في الحوض . ويلاحظ مقدار ما ينحسر منه بأصابع اليد اليسرى الموضوعة في المهبل (السبابة والوسطى) وأيضاً بوضع إبهام اليد اليسرى على العانة . وإذا أمكن الحصول على مساعد آخر يكاف بالضغط على قاع الرحم . وبهذه الكيفية تمكنا معرفة ما اذا كان أكبر قطر للرأس مرّ في الحوض أم لم يمر .

وقد استنبط ثون هرف طريقة أخرى لتقدير النسبة بين رأس الجنين واتساع الحوض ، وتقوم بقياس المسافة بين الفقرة الخامسة القطنية والجزء الأكثر ارتفاعاً من الرأس على بطن المريضة . فإذا كان القياس مساوياً أو أصغر من القطر المقدم الخلفى الخارجى فالرأس سيدخل الحوض بلا مشقة . وإذا زاد عنه سنتيمتراً فقد يدخل الرأس إما طبيعياً أو باستعمال وضع ونحر . فإذا كانت الزيادة ٣ سنتيمترات فالغالب أن الرأس سيصادف مقاومة شديدة في الانحشار . وهذه الطريقة أقل دقة من سابقتها .

ويجب أن يعمل هذا التقدير قبل بلوغ الحمل الأسبوع الرابع والثلاثين . فإذا وُجد أن الرأس ينحسر في الحوض بسهولة ننتظر أسبوعاً آخر ويعاد العمل . فإذا انحسر الرأس ننتظر أسبوعاً آخر . وإذا وجدت مقاومة في الانحشار فالأفضل التحريض ، وتشكيل الرأس كفيل بانحشاره . وقبل البدء بالتحريض توضع المريضة تحت الكلوروفورم ويقاس الحوض ويعاد عمل طريقة مولر إذ يجوز أن نكسب أسبوعاً آخر .

الفضل الرابع والعشرون

الحلم النفاسية *

طرق الوقاية

لماذا تكثر الحلم النفاسية في مصر؟ ان الجواب على هذا السؤال لا يقتضي بحثاً كبيراً فان صناعة التوليد التي تتوقف عليها حياة الامة وعمودها لا تزال وفقاً على طبقة جاهلة لا نصيب لها من العلم حتى بأبسط المبادئ الاولى. تتوارثها البنات عن امهاتهن جيلاً بعد جيل، ويتوارثن معها تعصبن لطرقهن العقيمة ومقاومتهن لكل جديد. ولا يفتأ ن يفرسن في قلوب الامهات كرهاً شديداً لمن تشدن عن طريقتهن من خريجات المدارس الطبية ومدارس القابلات فيفسدن كل عمل يعمل لا تقاذفن الولادة من الحضيض الذي وصل اليه. تدخل الداية الى الولادة بيديها القذرتين وثيابها الملوثة، واول ما تفعله هو ان تفحصها بدون ان تطهر يديها او ان تغسلها بالماء والصابون على الاقل. ولا تكتفي بما تنقله من الميكروبات في جس المرأة الاولى بل لا تنفك تفحص الماخض من وقت الى آخر حتى اذا اتفق أن تنجو من العدوى في المرة الاولى لا يكون هناك سبيل لنجاتها في المرات التالية. أما اذا وجدت عنق الرحم ضيقاً فانها تأخذ في توسيعه بأصابعها غير مقدرة النتائج السيئة التي تنجم عن ذلك مثل التمزقات المتسمة التي قد تمتد الى شرايين الرحم فتحدث نزفاً قاتلاً، او تكون سبباً في تطرق العفونة الى الماخض مسببة للحلم النفاسية ثم لا يكاد يتخلص الجنين حتى تجذب الحبل السرى لتخليص المشيمة، فان لم يتخلص تدخل يدها الى تجويف الرحم لتخليصها منه. وهاتان الطريقتان من الاسباب المؤكدة لحصول النزف بعد الولادة والحلم النفاسية التي ان

نُجِّت المريضة منها بحياتها لا تنجو من التهابات وتجمّعات قيحية في البوقين
تجملها طريحة الفراش الى امد مديد . فلا عجب اذا قلت ان اللواتى يتن من
الحى النفاسية وتوابها اكثر في مصر منهم في اى بلد آخر . ومن الامور
المشاهدة ان اغلب المصريات تنتابهن الحى بعد الولادة بدرجة مختلفة الشدة ،
وقد تعودنها حتى اصبحن ينسبنها الى افراز اللبن بل ينتظرن حدوثها كأنها
امر طبيعى لا بد منه .

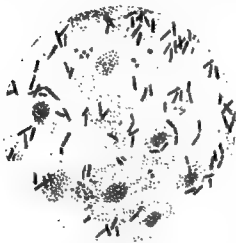
وهناك اعتقاد شائع وهو ان الفلّاحات لا يُصَبَّن بالحى النفاسية مع
كون قابلاتهن لا يراعين النظافة الواجبة في توليدهن . وكثيراً ما يُعْتَبَر ذلك
من الأدلة على عدم اهمية التعقيم فى الولادة .

والحقيقة غير ذلك . فانه بالرغم من المقاومة الطبيعية فى اجسام الفلّاحات
بسبب عيشتهن الخلوية والاعمال اليدوية التى يقمن بها فى الحقول ، وبالرغم
من كون اكثر ولاداتهن يتم من غير تدخل القابلة وبغير عمل خص مهبل ،
فان الاقا منهم يتن شهرياً بسبب حى النفاس ومضاعفاتها . وقد حضر فى
الميادة الخارجية لمستشفى القصر العينى فى السنة الماضية (سنة ١٩٢١) اكثر من
اثنى عشر الف مريضة من الفلّاحات المصابات بما تخلف عن حى النفاس
ونتايج الجهل بأصول الولادة . هذا فى القصر العينى وحده . ناهيك عن الاحوال
التي لا قدرة للوالدة فيها على العلاج اما لفقرها المدقع أو لبعد المسافات أو
لجهلها بإمكانة العلاج .

كيف تنفى الحى النفاسية — لكى تسهل علينا معرفة الطرق الواجب
اتباعها لئتم الولادة بسلام يجب أولاً أن نعرف الوسائل التي تجهزها الطبيعة
لوقاية الأم ، ثم السبل التي يمكن أن تنتقل بواسطتها العدوى .

أما طرق الوقاية الطبيعية التي تحفظ المهبل والرحم من تطرق الجراثيم

اليها مدة الحمل والولادة فهي انت المهبل يتندى في الحالة الطبيعية بسائل يُفرز من غدد العنق ويرتشع من جدره. ويشتمل هذا السائل على طائفة كبيرة من المكروبات. وليست هذه المكروبات من الجنس الضار بل هي بالعكس من نوع يتصف بقدرته على إماتة المكروبات الضارة. وذلك لأنه



يتمعمل على تكوين الحامض اللبنيك الذي يجعل الافراز المهبل حامضاً. وهذه الحموضة تجعله بيئة غير صالحة لنمو المكروبات المرضية التي لا تنمو الا في البيئات القلوية. ويساعد على ذلك أيضاً خلو المهبل من الأوكسجين اللازم

لنمو هذه المكروبات. وقد جربوا ادخال (شكل ١٩٦) بائس دودرلاين .

بعض المكروبات المرضية في مهبل طبيعي فوجدوا انها ماتت بعد ساعات قليلة. ويسمى هذا المكروب بائس دودرلاين (انظر شكل ١٩٦) وهو خط الدفاع الأول. أما خط الدفاع الثاني فمركزه عنق الرحم. ففي مدة الحمل ينسد تجويفه بكتلة مخاطية تسمى « السدادة العنقية » وهي تنشأ من ازدياد افراز غدده. وهذه السدادة تساعد على منع المكروبات من الوصول الى الرحم ، اذ لا يستطيع اختراقها الا مكروب السيلان .

وفي مدة الولادة لا تقتصر وسائل الدفاع الطبيعي على افرازات المهبل الحامضة ، والسدادة العنقية ، بل يشترك في ذلك السائل الأمنيوسى أيضاً . وذلك لأنه متى انفجر جيب المياه فان نزول السائل الأمنيوسى يغسل المهبل مما يكون عالقاً به من الجراثيم ناهيك عن أن مرور الجنين من المهبل يمدد ثناياه ، فان وجدت فيها جراثيم أخرجها مع ما تبقى من السائل الأمنيوسى وراء

الجنين . كما أن خروج المشيمة يساعد أيضاً في تنظيف المهبل على نوع ما .
ماهى السبل التى تنتقل بها العدوى الى الوالدة - تنتقل العدوى فى
أكثر الأحوال على : —

(١) يذى المولّد أو ملابسه .

(٢) الآلات والأدوات التى يستعملها فى الولادة .

(٣) من وجود سوائل عفنة أو ميكروبية فى المهبل قبل الولادة أو

من وجود بثور متقيحة بالقرب من الفرج .

(١) لمنع وصول العدوى للمريضة من يذى المولّد تجب مراعاة الامور
الآتية : —

ا : لا يُعمل خُص مهبلى الآ مرة واحدة قبل انفجار الجيب ، ومرة بعد
انفجاره اذا لم يكن الرأس منحشراً . أما اذا كان الرأس منحشراً فيكفى الجس
مرة واحدة .

ب : يجب أن يراعى المولّد بقاء يديه نظيفتين فى غير أوقات الولادة
فلا تلامس أصابعه صديداً ولا سائلاً متقيحاً . واذا اضطر لعمل غيارات غير
نظيفة أو عمل جس مهبلى لمريضة مصابة بحمى النفاس يلبس قفازاً من
المطاط لا يكون به ثقبوب . ومن الموافق أن يلبس فوطة وقت عمل الفحص .
ج : لا يجوز للمولّد أن يفحص الماخض الآ بعد عمل التطهيرات اللازمة .
واذا اتفق ان وُجِد فى يديه بثور متقيحة كان ذلك دلالة مانعة لمباشرة الولادة .
والطريقة التى تظهر بها يدينا فى أعمالنا الخارجية وفى المستشفى هى
الآتية : —

قبل خُص الماخض نَنزَع الرداء (الجاكته) ثم نرفع أكمام القميص
الى فوق المرفق . ثم نُقَلِّم الأظافر ونغسل اليدين والأظافر ونذلكهما بالسفرة

والصابون والماء الحار الجارى من صنوبر (حنفية) مدة عشرة دقائق، ملتفتين بالأخص الى ما تحت الأظافر وما بين الأصابع . واذا لم يتيسر الحصول على الماء الجارى المقيم فيستحسن أن يكون الغسيل فى اناء مملوء بمحلول الليزول الدافئ المحضّر بنسبة خمسة فى الألف . ثم يعاد غسيل اليدين فى اناء آخر يحتوى على محلول جديد من الليزول مدة خمسة دقائق . وبهذه الطريقة البسيطة يمكن التحقق من طهر اليدين بالدرجة التى يحصل عليها من أى طريقة أخرى . ولا يغيب عن الذهن أن المهم فى تطهير الأيدي ليس طبيعة المطهر ان كان ليّزول أو سليمانى أو فى قوّة تركيبه ، أو طول زمن الغسل ، بل المهم العناية التى توجه الى قوّة الدلك بالمسفرة وافتقاد أجزاء اليد عند الغسل بالتدقيق مع مراعاة عدم افلات أى جزء منها من فعل الصابون والمسفرة . ولا يجوز الاعتماد على نفع الأيدي فى محلول الليزول أو غيره من المطهّرات مهما طالت المدة . ومتى طهرت اليدين بهذه الكيفية لا يجوز ملامسة أى شىء غير عقيم . فاذا اتفق أن لامست اليدين شيئاً غير عقيم يجب تطهيرهما ثانية . ولما كان تطهير اليدين تطهيراً مطلقاً لا يمكن تحقيقه على الدوام فالأفضل ألا يعمل أى شخص مهبلى إلا بعد تطهير اليدين بالطريقة السالفة الذكر ، ثم لبس قفاز من المطاط يكون قد عقم بالغلى مدة ربع ساعة .

(٢) أما اتقاء نقل العدوى على الآلات فيقوم بغليها فى الماء فى أى اناء كان مدة ربع ساعة على الأقل . ويستحسن أن يضاف الى الماء ١ — ٢ فى المائة من كربونات الصودا لأنها تقاوم تأكسد الآلات .

(٣) أما اتقاء نقل العدوى من الفرج أو المهبل الى الرحم فيكون بتطهير الفرج عند عمل أى جس مهبلى . وطريقته هى أن تُسد فوهة المهبل برفادة معقّمة، ثم يغسل الفرج جيداً بقطع من القطن المشبع بمحلول الليزول

والصابون . ويحاذر من ملامسة فتحة الشرج لأنها ملوثة دائماً بالمكروبات .
فإن لاسمها القطن وغُسل به الفرج نقل اليه المكروبات . ومتى انتهينا من
غسل الفرج بالصابون ومحلول اللبزل يغسل بمحلول اللبزل فقط .

وعند عمل الجس المبلى يبعد الشفران بأصابع اليد الأخرى حتى لا يلامس
الأصبعُ الفاحصُ جلدَ الفرج . ولا يجوز دهن الأصبع الفاحص بفازلين أو
غيره لأنه يصعب جداً أن تكون هذه المواد عقيمة ، ويكتفى بدهنه بالصابون .
الزرق المبلى — في الولادات الطبيعية لا يُعمل زرق مبلى لأن
ضرره أكثر من نفعه لأنه يغسل مكروبات دودرين التي وظيفتها إفراز
حمض اللبنيك الذي يحمل للسوائل التي تكون في المهبل خاصية التطهير .
وفوق ذلك فإنه كثيراً ما يكون مبسم الزارق غير مطهر التطهير اللازم فينقل
المكروبات الى المهبل ومنها الى الرحم .

أما هناك أحوال تقتضى عمل الزروقات المهبيلة وهي : —

(١) إذا أُريد إجراء عملية من عمليات الولادة . هذا إذا لم نكن باشرنا
الولادة من أول الأمر . أما إذا كنا واثقين من أنه لم يعمل للمريضة أى
فحص مهبلى فنكتفى بتطهير الفرج .

(٢) إذا وُجد إفراز عفن أو قيحى فى الرحم أو المهبل .

(٣) إذا كان قد مضى على الولادة زمن طويل وهى فى الدور الثانى
للولادة . لأن السائل الأمنيوسى الذى يكون باقياً قد لا يكتفى لتنظيف المهبل
من الجهة الواحدة ، وقد يتمفن الموجود منه فى المهبل إذا بقى فيه زمناً طويلاً
من الجهة الأخرى .

أما بعد الولادة فلا يفعل الزرق المبلى الآ فى الأحوال الآتية : —

(١) إذا أدخلت يد الى الرحم لتخليص المشيمة .

(٢) اذا كان الجنين أو المشيمة أو السائل الأمنيوسى عفناً .

(٣) اذا وجد افراز عفن فى الرحم .

(٤) اذا تعفن السائل النفاذى فى أى وقت من أوقات النفاس .

وتعمل الزروقات بحلول الليزول بنسبه ١ فى المائة أو فى المائتين . وليس تأثيرها موقوفاً على قوتها التعقيميه فانها لا تبقى ملاسمة للمكروبات الوقت الكافى لأمانتها ولكنها تزيل الافرازات والمتخلفات التى يمكن أن تنمو عليها المكروبات . ووجود المادة المطهرة فى محلول الزرق كفىل بحفظ مائها عقيماً .

✽ الحمى النفاسية ✽

أسبابها — تجب مراعاة الثلاثة العوامل الآتية فى البحث عن أسباب حمى النفاس : (١) المكروبات المحدثه لها ، (٢) طرق العدوى ، (٣) قوة مقاومة الانسجة المصابة .

(١) المكروبات — يمكن تقسيم هذه المكروبات الى (١) مكروبات لا تعيش فى الهواء وتسمى مكروبات التمعن الفطرية أو السابروفيت ، و (ب) مكروبات التقيح ، و (ج) المكروبات الفطرية المرضية النوعية . (١) أما مكروبات التمعن الفطرية فهى من النوع الذى لا ينمو على الأجسام الحية ، ولذا يشترط لنموه وجود كتل دموية أو بقايا من الأغشية أو المشيمة فى داخل المسالك التناسلية .

(ب) المكروبات القيجية وهى : —

(١) المكروبات السبجية .

(٢) » العنقودية .

(٣) الباشلس القاولونى .

(٤) باشلس الصديد الأزرق .

ومتى أصيب الجسم بهذه المكروبات تأخذ في الانتشار بواسطة الأوعية الدموية واللمفاوية، وتسبب تسمماً عاماً. وهذه المكروبات أعظم ما يخشى الطبيب وبالأخص في الجهات القذرة المزدحمة بالسكان. فإن التراب والملابس القذرة حتى الجو نفسه لا يخلو منها. وتوجد بكثرة زائدة في الجروح المتقيحة. وهذا يبين ضرورة الالتفات الى البثور والقروح التي قد توجد مثل النواسير الشرجية والقروح الفرجية، والى البثور المتقيحة في جسم الولادة أو التي قد توجد على يدي المولود، والى الخطر الشديد الذي ينشأ من تلويث اليدين بسائل تنفاسي عفن، أو صديد من أى نوع، ونقله الى الولادة في أثناء توليدها أو في أثناء عمل الغيارات مدة التنفاس.

(ج) أما المكروبات المرضية النوعية فأهمها:

- (١) دبلوكوك السيلان.
- (٢) باشلس الدفتيريا.
- (٣) النيوموكوك أو مكروب التهاب الرئوى.
- (٤) باشلس التيتانوس.
- (٥) الحمى التيفودية.

أما النوع الأول والثانى فليس من النادر احداثهما للحمى النفاسية، ولكن تأثيرهما موضعى على الغالب. أما الثلاثة الأخيرة فالأصابة بها نادرة جداً.

العدوى المختلطة — قد تحدث الحمى النفاسية من الاصابة بأكثر من نوع واحد من المكروبات. فقد تصاب المريضة بتسمم عام بسبب المكروب السبحى مصحوب بتعفن رحمى بسبب الساروفيت. وكثيراً ما يشترك الباشلس القاولونى مع المكروب السبحى وغيره في احداث العدوى.

العدوى الزائفة — قد تصل مكروبات الحمى النفاسية الى المريضة من

بؤر متقيحة في جسمها ، مثل الخراجات الشرجية والنواسير ، أو من سرطان في العنق ، أو التهاب في الزائدة الدودية ، أو من خراجات حوضية قديمة تكون المكروبات لا تزال باقية فيها ، أو من سيلان كامن في غُدَد بارتولين أو في العنق ، أو يصل إليها الباشلس القاولوني من تلوث المهبل بالبراز . ولكنَّ العدوى بهذه المكيفية نادرة الحدوث جداً . وفي أغلب أحوال الحمى النفاسية تنتقل المكروبات على يدي المولود أو على الآلات التي يستعملها ، أو من استعمال أحفظة غير عقيمة ، أو من اهمال تطهير الفرج .

(٢) طرق العدوى مدة النفاس — الأمور التي تهيئ لحدوث العدوى مدة النفاس هي :

(١) زوال مناعز المهبل — في غير أوقات النفاس يحتوي المهبل على مكروبات قصيرة تسمى مكروبات دودرلين تتصف بقدرتها على افراز حمض اللبنيك الذي يمت أكثر المكروبات التي قد تصل إلى المهبل . ولكن في زمن النفاس يفقد السائل النفاسي مكروباته الحميدة . وبسبب احتوائه على مقدار كبير من المواد الزلالية يكون بيئة صالحة لنمو المكروبات .

(ب) الأنسجة الميتة : — بعد ولادة الجنين لا يخلو الرحم من المواد الميتة مثل الكتل الدموية ، والليفين (فيرين) وطبقة الساقط السطحية التي تتهراً وتسقط في مدة النفاس . وقد توجد فيه أيضاً بعض بقايا من الأغشية أو من المشيمة . وفي الولادات العسرة لا تخلو المسالك النفاسية من مسافات على سطحها اعترها الموت بسبب الضغط المستمر للجزء المنحشر ، ومن استعمال الآلات . ووجود هذه الأنسجة الميتة في المسالك التناسلية يجعلها بيئة صالحة لنمو المكروبات .

(ج) الجروح — في الولادات جميعها ، طيبة كانت أو عسرة ، يتخلف

عن الجزء من التجويف الرحمي الذي تنفصل منه المشيمة جرح كبير . وقد تحدث في بعض الولادات تمزقات في العنق أو في المهبل أو الفرج والمجان . وكل هذه الجروح قابلة للعدوى بالمكروبات وامتصاص السموم التي تفرزها . فان كانت هذه الجروح في العنق أو في الردوب المهبلي فالغالب أن تمتد العدوى منها الى الرباطين العريضين عن طريق الأوعية اللمفاوية فتسبب التهابات في نسيجها الخلوي ، ويندر أن تصير العدوى عمومية . وان حدثت تكون من النوع الخفيف . أما اذا كان مركز الإصابة في الرحم نفسه فن الممكن أن تصير العدوى عمومية . وأغلب أحوال التسمم الحاد منشأها عدوى تجويف الرحم .

(٣) قوة المقاومة - تختلف قوة الإصابة بالمكروبات بحسب عدد المكروبات ودرجة خبثها من جهة ، والمقاومة التي تبديها الأنسجة المصابة والجسم عموماً من الجهة الأخرى . أما المقاومة العمومية فتقل بسبب ضعف البنية ، أو من انحطاط القوى النائية من طول الولادة وعسرها ، ومن حدوث أنزفة في أثناء الولادة أو بعدها ، ومن التهابات الكلاوية . وتضعف المقاومة الموضعية من رض الأنسجة في الولادات العسرة ، ومن استعمال الآلات ، ومن التهابات الموضعية القديمة وغير ذلك .

الفتريج الباثولوجي للحمى النفاسية - قد تحدث أحوال تسمم حاد بالمكروب السبحي تنتهي بالوفاة بعد يومين أو ثلاثة . وفيها تصل المكروبات الى الدم والأوعية اللمفاوية مباشرة من غير أن تترك أثراً في الرحم . ولكن هذه الأحوال التي كانت قبلاً كثيرة الانتشار أخذ يقل عددها تدريجاً . وأغلب الاصابات العمومية تكون مصطحبة باصابة في المسالك التناسلية مختلفة الدرجة .

(١) الرَّمَم — في الإصابة بالمكروب السبحي يكون التجويف الرخمي أملس منتظماً . ولا يظهر موات (تنكروز) في أنسجته السطحية إلا قليلاً . أما الجزء الذي كانت المشيمة مندعمة فيه فإنه يكون غير منتظم تخلله ارتفاعات وانخفاضات . وفي الإصابات المختلطة يكون كثافاً غير منتظم ويتغطى في بعض أجزائه بأنسجة متكرزة .

أما الإصابة الموضعية فتقسم الى نوعين : —

الأول — الالتهاب الرخمي الباطني العفن (الساروفيتي) .

الثاني — » » » » القيحي .

(الأول) الالتهاب الرخمي الباطني العفن — في هذا النوع يكون الرحم كبيراً ورخواً . ويكون ملتصقاً بتجويفه بقايا من المشيمة والأغشية وبعض كتل دموية . وتكون راحته في الغالب نتنه وتكون الطبقة الساقطية متضخمة ، ومكان المشيمة مغطى بقطع بوليوسية . ويتخلل الأنسجة المتعفنة فقائع غازية في بعض الأحوال . وغالباً تكون العدوى متسببة من أنواع كثيرة من المكروبات ، أخصها المكروبان السبحي والفاولوني . وإذا عملنا قطاعاً من جذر الرحم وفحصناه بالمكروسكوب (المجهر) نجد تحت الطبقة المتكرزة منطقة مرتشحة بالكرات البيضاء . وهذه المنطقة هي حاجز دفاعي يمنع امتداد العدوى . وما يدل على ذلك أننا لا نجد مكروبات في هذه المنطقة ولا في الأنسجة التي تليها . وفي هذا النوع تكون الأعراض موضعية على الأكثر . وما كان منها عموماً يكون سببه امتصاص سموم المكروبات وليس وجود المكروبات نفسها في الدم .

(الثاني) الالتهاب الرخمي الباطني القيحي — في هذا النوع يكون الرحم صغيراً . وتُبطنه طبقة افرازات رمادية اللون . ولا نجد في تجويفه قطع مشيمية

أو غشائية ولا كتل دموية ولا غازات . وهو يتسبب من الإصابة بالمكروبيات القيقحية ، وبالأخص المكروب السبحي . وفي أحوال قليلة قد يتسبب من الباشاس القاوونى أو من ديلوكوك السيلان . وبالفحص المكروسكوبى نجد طبقة ارتشاح الكرات البيضاء ضعيفة جداً ومعدومة في بعض الجهات . ولذا نجد كثيراً من المكروبات قد تجاوزها . وفي هذا النوع تصل المكروبات الى الدورة العامة الدموية والمفاوية . وإذا كانت العدوى مختلطة فقد نجد ، فوق ما سبق شرحه ، قطعاً من المشيمة أو الأغشية المتغصرة ملتصقة بالتجويف الرحمي . وطبقة الارتشاح تكون واضحة في بعض الأجزاء وضعيفة أو معدومة في الأجزاء الأخرى .

أما الطبقة العضلية فتكون ملتهبة في كلا النوعين . وفي النوع التقيحي قد يتخللها خراجات صغيرة . وتكون الأوردة ملتهبة . وفي بعض الجهات تنسد تجاويفها بخثر دموية يتخللها تجمعات قيقحية . وتكون جدر الرحم شديدة الرخاوة بحيث يسهل اختراقها بالملقعة الكالة إذا عملت عملية الكحت .

أما الطبقة البريتونية فقد لا يظهر عليها شيء قط . وقد تنطفي في بعض جهاتها بطبقة من اللصاق . وفي هذه الأحوال نجد أيضاً التهاباً في البريتون الحوضي وفي البوقين والمبيضين .

(٢) **النمو والمهبل والفرج** — إذا وصلت العدوى الى التمزقات التى قد تكون موجودة في هذه المواضع فإنها تنطفي بغشاء رمادى . وبمض التمزقات الجذانية قد تنطفي بطبقة سطحية متغصرة يُطلق عليها اسم **القرحة النفاسية** .

(٣) **النسيج الخلوى** إذا امتدت العدوى الى النسيج الخلوى للحوض نجد ارتشاحاً كبيراً أو صغيراً في أحد الرباطين المربضين ، أو فيهما معاً . وقد

يُتَدَّ الالتهاب في النسيج الخلوى فيحيط بالرحم ، ويم كل النسيج الخلوى الذى فى الحوض ويصل الى الحفر الحرقفية ، ويمتد الى جدر البطن الأمامية . وتصل العدوى الى الأنسجة الخلوية للحوض من جروح العنق وقعود الأكياس المهبليّة . وفى الأحوال التى تنتهى بالوفاة نجد الأنسجة الخلوية المتلتهبة أشبه بالاسفنجية المتشعبة بالماء . وإذا عصرناها يخرج منها سائل عكر أو صافٍ بحسب درجة الإصابة .

(٤) البريتون المحضى والبوقين والمبيضين — فى الأحوال الثقيلة تلتهب هذه الأنسجة . وإذا لم يتعدّ الالتهاب البريتون المحضى فالشفاء جائز . أما إذا امتد الى البريتون العموى فالخطر شديد جداً . والعدوى فى هذه الأحوال تمتد الى البوقين من التجويف الرحمى ، ومنها تصل الى المبيضين والبريتون المحضى . وقد ينتهى التهاب البوق بانسداد فتحتيه وتجمع الصديد فى داخله فيتحول الى كيس صديدى يسمى تجمع البوق القيحي . وكذلك الالتهاب المبيض قد ينتهى بتكوّن خراج فيه . وأكثر ما يحدث ذلك فى الإصابات الناشئة عن السيلان .

(٥) الأوردة المحضية — قد سبق القول بأن بعض الأوردة الرحمية الملتهبة ينسدّ بخثر مصابة بالمكروبات . وقد تمتد عدواها الى الأوردة فى الرباطين العريضين فتسبب التهابها . وقد تصل العدوى منها الى الوريد المبيض الأيسر ومنه الى الوريد الكلوى فتسبب تسمماً وريدياً قيحياً . وقد تمتد العدوى من الأوردة الحرقفية اليسرى الى الأجوف السفلى فيتجمد الدم فيه . وقد تصل الكتل (الجلُط) الى البطن الأيمن . وفى أحوال أخرى تمتد العدوى الى أسفل فتسبب التهاب وانسداد الوريد الفخذى ، وهو كثير الحدوث ويسمى الورم الأبيض المؤلم .

والدم المتجمد في هذه الأوردة يحتوى على عدد كبير من المكروبات .
فاذا انفصلت كتلة صغيرة منه فقد تنقلها الدورة الى الأجزاء البعيدة فتسبب
التسمم الدموى القيحي .

✽ الأنواع الأكلينيكية للحميات النفاسية ✽

يمكن تقسيم الحميات النفاسية الى الأقسام الآتية : —

١ — الحمى الناشئة عن إصابة الرحم {
الالتهاب الرحمى الباطنى العفن .
الالتهاب الرحمى الباطنى القيحي الحاد
أو التسمم الدموى الحاد .

٢ — الالتهاب البريتونى النفاسى العام .

٣ — الالتهاب البريتونى النفاسى الحوضى ، والتهاب النسيج الخلوى ،
والالتهاب البوق المبيضى ، والالتهاب الوريدى الترومبوزى (التجمدوى)

٤ — الورم الأبيض المؤلم .

٥ — التسمم الوريدى القيحي .

الحمى الناشئة عن إصابة الرحم — قد سبق الكلام عن الالتهاب
الرحمى ، ومنه علمنا أن العدوى فى الالتهاب الرحمى الباطنى العفن تكون مقصورة
على تجويف الرحم . وتكون المكروبات من النوع الذى لا يقدر أن يعيش
على الأجسام الحية فتقتصر الإصابة على المواد التى تكون موجودة فى باطن الرحم .
وإذا كانت الإصابة مضاعفة بمكروب قيحي فانه يكون من النوع الضعيف
الذى لا يصيب الأنسجة الحية . والحمى فى هذه الأحوال تكون مُسَبَّبة
عن امتصاص مفرزات المكروبات أى سموها . أما فى الالتهاب الباطنى
القيحي فان الإصابة تكون عادة بالمكروبات القيحية أو الفاولونية وغيرها
مما له القدرة على اختراق الأنسجة الرحمية والوصول الى الدم . وبالفعل لو فحص

دم المصابات بالتسمم القوي الحاد فمن الممكن العثور على المكروبات وعلى الأخص على أثر حدوث قشعريرة أو عند اشتداد الحمى. وقلنا أيضاً بأن العدوى قد تكون مختلطة فتوجد المكروبات في الدم ويكون السائل النفاسي عفنًا ويكون باطن الرحم مغطى بقطع ميتة متعفنة من المشيمة والكتل الدموية والأغشية. وعند بدء الإصابة يصعب التمييز بين هذه الأنواع. ويجب الانتظار الى أن تظهر علامات مميزة.

✽ حمى الامتنعاص العفن أو الالتهاب الرحمي الباطني العفن ✽

الأعراض — أهم أعراضها الحمى، وتعفن السائل النفاسي، ووقوف الرحم عن الرجوع على ذاته. وتظهر الأعراض في الأيام الثلاثة الأولى إن كانت العدوى حدثت في أثناء الولادة. فإن تأخر ظهورها الى اليوم الرابع أو بعده فيكون سببها حدوث العدوى مدة النفاس. ويبدأ المرض بارتفاع في الحرارة الى ٣٨,٥°س في الأحوال الخفيفة. وقد تصل الى ٤٠°س في الأحوال الثقيلة. وقد يصطحب ارتفاع الحرارة بارتعاش قليل، ولكن حدوث قشعريرة واضحة نادر. ويسرع النبض بنسبة ارتفاع الحرارة. وتشكو المريضة من صداع وتوَعُّك عام. ولكن لا تظهر على المريضة أعراض انحطاط عام. فإذا أجرينا فحصاً مهلياً نجد الرحم أكبر حجماً مما يجب أن يكون ونجدة مؤلماً حساساً وألين مما يكون في الحالة الطبيعية.

أما الأعراض الموضوعية فهي أن السائل النفاسي يتغير لونه وكميته ورائحته. فيصير سائلاً عفنًا وغزيراً جداً. وتختلف البقعة التي يحدثها في الملابس عن البقعة التي يحدثها السائل النفاسي الطبيعي. فإن البقعة التي يحدثها تكون يابسة، وحمراء الحواشي، وباهتة في الوسط. بخلاف البقعة التي يحدثها

السائل النفاسى الطبيعى فى كبعة الدم تماماً حمراء الوسط باهتة الحوائى .
الفرمة النفاسية يصطبغ كثير من أحوال الالتصاص العفن بما
يسمى بالقرحة النفاسية . وهى قرحة مختلفة الحجم قاعها رمادى مغطى بقطع
متغفرة وحوافها حمراء وملتهبة . وهى تتكوّن على التمزقات التى تحدث فى
المسالك التناسلية ، وتسبب ارتفاعاً فى درجة الحرارة وتفرز سائلاً عفناً غزيراً .
الانزوار — إذا عولج الالتصاص العفن فى الوقت المناسب فالمریضة
تشفى حتماً . أما إذا لم يعالج فالغالب أنها تصاب بأمراض حوضية مختلفة
تلازمها زمناً طويلاً . وبعض الأحوال تنتهى بالوفاة .
المعالجة — سیأتى الكلام عليها فى معالجة التسمم القیحى .

(٢) التسمم القیحى الحاد

هو أخطر أمراض النفاس . ويحدث من عدوى المسالك التناسلية
بمكروبات التقيح . وهو مرض كثير الحدوث فى مصر لجهل القابات وعدم
اعتنائهن بملاحظة النظافة والتعقيم .

الأسباب — يحدث التسمم القیحى من عدوى المسالك التناسلية إما
بالاستربتوكوك أو الستافيلوكوك أو مكروب السيلان . وهذه المكروبات
تنتقل إما على یدى المولد أو على الآلات أو على مبسم الزارق . وقد تعدى
المریضة نفسها إذا فحصت أعضائها التناسلية بأصبعها . وقد يحدث هذا
المرض أيضاً من الجماع فى أواخر الحمل أو فى الأيام الأولى للنفاس إذا كان
الزوج مصاباً بالسيلان .

الأعراض — يبدأ هذا المرض بحالة حادة . ويندر أن يتأخر عن اليوم
الثالث بعد الولادة ، وقد تبدأ أعراضه بعد الولادة بيوم واحد وكلما تأخر ظهوره
قلت حدته . وفى أغلب الأحوال يبدأ المرض بشعيرة شديدة . أو يُشاهد

في الأحوال التي تؤخذ حرارتها بانتظام ان ارتفاعاً تدريجياً مصحوباً بصداع وتوعك عام يسبق هذا الهجوم الحاد . وقد يحدث في بعض الأحوال ان المرض يبدأ بقشعريرة شديدة مصحوبة ببرد شديد مع صرير في الاسنان وارتعاش في العضلات . فاذا جُسَّ الجسم وجد بارداً جداً . وبسبب توتر عضلات الشعر يتكرش الجلد . ويزرق الوجه والشفتان قليلاً . واذا أخذت الحرارة من المستقيم وقتئذٍ توجد مرتفعة من ٤٠° س الى ٤١,٥° س . ويسرع النبض جداً بحيث يصعب عدُّه . وتدوم القشعريرة من عشر دقائق الى ربع ساعة . ويظهر بعدها دور الاحتقان فتحس المريض بحرارة شديدة مخرقة . ويحمر الوجه . ويكون الجلد في أول الأمر جافاً ثم يأخذ في افراز العرق الذي يتلوهُ انخفاض الحرارة جملة درجات . وربما هبطت الى أقل من الطبيعي ثم تأخذ في الارتفاع ثانية . ويصطبغ هذا الدور بصداع شديد . وسنشرح أعراض هذا المرض كلاً على حدته .

الحرارة — تأخذ الحرارة سيراً غير منتظم وتحدث قشعريات متعددة . وتراوح بين ٣٨,٥° و ٤٠° س . وعلى وجه العموم تكون الحرارة في هذا المرض أشد منها في الامتصاص العفن .

النبض — يسرع كثيراً وتراوح بين ١٢٠ — ١٤٠ وتكون نسبة سرعته الى درجة الحرارة أعلى من المعتاد . وهذه السرعة النسبية (اذا لم تكن متسببة عن مرض في القلب) من الأدلة التشخيصية على أن الإصابة هي بالتسمم القيحي الحاد . وفي الأحوال الثقيلة يكون النبض صغيراً وضغطه واطئاً . وفي الأحوال التي لا يقلُّ النبض فيها عن ١٢٠ — في الدقيقة يكون الانذار رديئاً .

الأعراض العمومية — في الأحوال الثقيلة يحدث قيء مصحوب بانتفاخ

في البطن مع توتره . والتيء المستمر يدل على إصابة البريتون ، بخلاف التطبل فإنه يشاهد أيضاً في الأحوال الخادة التي لا تصطبج بالتهاب البريتون . وقد يعترى المريضة اسهال ، والدرجات الخفيفة منه محمودة العاقبة لأنها تسهل افراز السموم . أما اذا كان الاسهال شديداً فإنه يضعف المريضة . وينتاب المريضة أرق مع صداع شديد وهو من العلامات المنذرة بالخطر . ويظهر على الجلد أحياناً طفح حملي متقل سريغ الزوال . وتكون كمية البول قليلة ويكون لونه داكناً ويحتوى على أثر من الزلال . واللسان يكون في أول الأمر رطباً ولكن مغطى بطبقة بيضاء . ومتى تقدم المرض يحف ، وفي الأحوال الثقيلة يصير لونه أسمر ، ويتشقق وتجمع الأوساخ حول الاسنان . ولا تفقد المريضة صوابها حتى ساعة الموت إلا اذا طرأ عليها هذيان يتحوّل الى سبات قبل الوفاة بقليل . ويقف افراز اللبن بعد الإصابة بيوم أو اثنين .

الانذار — لا يجوز التسرع في الانذار في أول المرض ، لأن الحى النفاسية شديدة التقلبات ولا تتبع سيراً واحداً . أما انذار الامتصاص العفن فهو أحمد بكثير من التسمم القيحي . لأنه اذا عولج جيداً ينتهى بالشفاء بخلاف التسمم القيحي ، فقد يبدأ المرض بأعراض لا يؤبه لها ثم يأخذ في الشدة حتى ينتهى بالوفاة . كما انه قد تحسن بعض الأحوال ثم يطرأ عليها أعراض ثقيلة مثل تحتر الدم في الأوردة ، والورم الأبيض المؤلم ، والتسمم القيحي الوريدي فيسوء الانذار بعد أن كان حميداً . ومن الوسائل التي تساعد على عمل الانذار فخص الدم فاذا وُجد ارتفاع قليل في عدد كريات الدم فالانذار حميد ، واذا نقص عددها نجاة فالانذار خبيث . واذا زاد عددها كثيراً واصطبج ذلك بأعراض التهاب موضعية فالغالب انه قد تكون صديد في جهة ما . والأعراض الآتية تدلّ على انذار سي : —

- (١) أن النبض لا يقل عن ١٢٠ في الدقيقة .
 - (٢) حدوث القيء المستمعي والتطبل البطنى، واستمرار اللسان وتشققه .
 - (٣) الأرق والصداع الشديد .
 - (٤) تكرار حدوث القشعريرات .
 - (٥) عدم المقدرة على تعاطي مقادير كافية من الغذاء .
- العلاج** — لما كان من المتعذر في أول المرض معرفة ما اذا كان المرض ناشئاً عن امتصاص عفن أو عن تسمم قبحى عام كان علاج المرضين في أول أمرهما واحد .

أهمية الوفاية — أن أهمية العلاج الواقع من الحمى النفاسية لا يمكن تقديرها ويجب ألا يبرح عن ذهننا أن حفظ أرواح الوالدات اللواتى يكن في عهدتنا يتوقف على الاحتراس الزائد في تطهير اليدين والفرج قبل عمل الجس ، والامتناع عن عمل الجس المبلى الآ عند الضرورة القصوى ، وعدم الاسراع في تخليص المشيمة قبل أن تكون قد انفصلت من الرحم ، والاعتناء بتدليك الرحم وعصره اذا وجد فيه خثر دموية بعد خروج المشيمة . فاذا ظهر المرض تجب المبادرة بالعلاج ، لأن الحمى النفاسية مثل سائر حميات الجروح يُتلافى أمرها في أوله بسهولة .

الأحوال الحفيفة — وفيها تكون الحرارة أقل من ٣٩° س ويحدث ارتعاش قليل بدون قشعريرة مع صداع محتمل . ويكون الرحم ضخماً والسائل النفاسى عفناً وغزيراً . وهذه الأحوال تكون في الغالب مسببة من الامتصاص العفن . فبمجرد ظهور الاعراض يُرفع رأس السرير فيساعد ذلك على افراز السائل النفاسى . وتعطى المريضة مسهلاً ليساعد على تصريف السموم . فاذا لم تنزل الحرارة في المساء يعمل لها زرق مهبلى بمحلول ساخن من الليزول

(خمسة الى عشرة جرامات في اللتر) وتعطى ٣ قحاحات أرجوتين في حبة ٣ مرات في اليوم ، ويُذلك الرحم جيداً ليساعد ذلك على قذف ما يكون متخلفاً فيه من المواد الميتة وكتل الدم . فاذا لم تنخفض الحرارة يكرّر الزرق المهبلي في الصباح ويتبع بزرق رحي يُعمل بقطرة بوزمان . ويستعمل للفسيل ماء الاوكسجين بنسبة ١ الى ٣ . ويتبع بمحلول يودى مكوّن من صبغة يود (٦/١) ٢٠ جرام في لتر ماء ساخن وغالباً يؤدى ذلك الى الشفاء في يومين أو ثلاثة .
 الأموال الثقيمة — وتكون فيها الحرارة أعلى من ٣٩° س والنفض أسرع من ١١٠ في الدقيقة . ويكون الصداع شديداً ، والسائل النفاسي قد يكون عفناً وغزيراً وقد لا يكون .

ويجب في علاج هذه الأحوال أن تتأكد مما اذا كانت في الرحم بقايا متمغنة أو لا . ولعمل ذلك يطهر الفرج أولاً ثم يعمل للمريضة زرق مهبلي بالليزول . ثم يلبس المولّد قفازاً عقياً ، ويدخل نصف يده (أربعة أصابع) في المهبل ثم يولج السبابة في الرحم ويفحص التجويف . ومما يساعد على الفحص أن يضغط المولّد باليد الأخرى على الرحم من الخارج . فان وُجد الرحم خالياً ولكن كان السائل النفاسي ذا رائحة كريهة فلا موجب لكحت الرحم انما يعمل زرق رحي بأربعة لترات من محلول اليود . أما اذا وجدت بقايا في تجويف الرحم فالواجب عمل الكحت بملعقة كالة ، إما بغير بنج أو تحت تأثير الكالور وفورم ان لم تحمل المريضة ألم العملية . ولعمل الكحت توضع المريضة على حرف السرير بالعرض بحيث يصير عجانها محاذياً لحرف السرير بعد ان يكون المولّد قد حضر الآلات اللازمة وعقمها وهي : قفازان من المطاط ومنظار خلقي وجفت ذو مشبكين لجذب العنق وقطرة بوزمان وجفت بوزمان لسد الرحم وملعقة راينشتادر الكالة . ولا يلزم تحضير ممددات هيجار لأن عنق الرحم لا يكون

منغلقاً. ولا يجوز استعمال ملعقة حادة خوفاً من ثقب الرحم أو كحت الطبقة العضلية. ويبدأ العمل بفحص العجان والمهبل. فإن وُجدت قرحة نفاسية تنظف جيداً ويظهر الشفران والمهبل بحلول الليزول والصابون ، ثم تغطى القرحة بطبقة من شاش اليودوفورم يوضع فوقها المنظار الخلفى حتى لا تلامسها الآلات عند دخولها فتنتقل عدوى جديدة الى الرحم . وبعد ذلك يُجذب العنق الى أسفل بالجفت ذى المشبكين الذى يُدخل مهدياً على الأصبعين . ثم يُدخل أصبع أو اثنان فى العنق ويبحث عن القطع المتخلفة فى الرحم . ويُجتهد فى فصلها بالأصبع اتقاء لفتح مسالك جديدة للعدوى اذا استعملت المعلقة . أما اذا لم يتيسر فصل القطع بالأصبع فيبحث عن الأمكنة التى هى ملتصقة بها وتُدخل المعلقة الكالة وتُفصل بها القطع بدون استعمال شدة فى الكحت خوفاً من ثقب الرحم . ثم يفحص باقى التجويف بالمعلقة بإمرارها عليه إمراراً سطحياً. وفى هذه الأثناء تكون المعلقة متصلة بأنبوبة زارق ملآن بحلول الليزول ١٠ فى الألف حتى يُفسل الرحم فى أثناء كحته ويسهل خروج القطع مع السائل . وفى أثناء العملية يضع المولّد يده على قاع الرحم ليراقب حركات المعلقة . وبعد الكحت يغسل باطن الرحم بقشطرة بوزمان بماء اوكسجينى بنسبة جزء الى ٣ أجزاء ماء ساخن . وبعد ذلك يغسل بحلول يودى (٢٠ جرام من صبغة اليود المحضرة بنسبة ٦ ٪ الى لتر ماء) وبعد رفع الآلات يُدلك الرحم جيداً فاذا حدث نزف يسد باطن الرحم بشاش اليودوفورم . وترفع السدادة بعد ٦ ساعات ولا تُعاد . فاذا كان التسمم امتصاصياً تتحسن لأعراض فى بضع ساعات وتزول بعد يومين . ويجب بعد ذلك اعطاء مسهل ، ومقادير كافية من الارجوتين . ويجوز عمل زرق مهبلى بعد ذلك مرتين فى اليوم وزرق رحمى اذا اقتضى الأمر .

فاذا استمرت الأعراض بالرغم من هذا العلاج فالحالة حالة تسمم قىحى مختلط وتبع فيها المعالجة التى ستذكر فيما بعد .
وقد ينشأ من عملية الكحت أن تُفتَح مسالك جديدة يسهل على المكروبات أن تدخلها . وفى الواقع أنه يحدث كثيراً بعد الكحت ان الأعراض تزداد شدة ويحدث للمريضة قشعريرة شديدة . ولكن زوال المنبع الأصلي للمكروبات وهو قطع المشيمة المتعفنة ينبئ عليه وقوف الامتناسص فتتحسن الحالة بعد يوم أو اثنين . أما اذا استمرت الأعراض بعد العملية فالحالة حالة تسمم قىحى .

المعالج باللقاح والمصل — قد سبق الكلام عنها فى الفصل الذى عقدناه عن المكروبات . ونكتفى الآن بأن نقول ان الغرض منها محاولة احداث حصانة صناعية ضد المكروبات المسببة لها . ونظريتها مبنية على محاولة تقليد ما تعمله الطبيعة لشفاء الأمراض المكروبية من ايجاد أجسام مضادة فى الدم تهلك مكروبات المرض أو تزيل تأثير السموم التى تفرزها . ويقوم ذلك بطريقتين :

(١) الطريقة الأولى أن تحقن المريضة بمصل مجهز ضد المكروبات المحدثه للحمى النفاسية . وبهذه الكيفية ندخل فى الدم كمية جاهزة من الأجسام المضادة للمكروبات (Antibodies) .

(٢) الطريقة الثانية أن تُحقن المريضة بمقدار معين من مكروبات ميتة من جنس المكروب المسبب للحمى (بالطريقة التى ذكرت فى الكلام على المكروبات) وهذه المكروبات الميتة متى حُقِنَتْ فى الجسم تسبب افراز مواد فى الدم (ألبسونين) تزيد مقاومته للمكروبات وتسمى هذه الطريقة المعالجة باللقاح .

والمعالجة بالمصل وباللقاح المجهز عرضة للفشل في كثير من الأحوال لأن أنواع المكروب السبجي كثيرة وقد تكون العدوى بنوع غير الذي حُضِرَ منه اللقاح أو المصل . بل قد تكون العدوى بمكروب آخر مثل الباشلس القاوونى .

طريقة استعمال اللقاح - لا يغيب عن الذهن أن استعمال اللقاح في علاج الحمى النفسانية هو فقط لمعاونة الطرق العلاجية الأخرى سواء كانت جراحية أو طبية . ولكنه لا يقوم مقامها . ويجب قبل البدء باستعمال اللقاح اكتشاف نوع المكروب المسبب للحمى مع ملاحظة عدم تلوث النموذج الذى يؤخذ من باطن الرحم بالافرازات المهبلية والعنقية . وفى كثير من الأحوال نجد أن المكروب هو المكروب الحلقى السبجي أو العنقودى الأصغر . ففى عرفنا نوع المكروب نحقن لقاحه الجاهز ونُحَضِّر لقاحاً ذاتياً فاذا حصلنا على نتيجة حسنة من استعمال اللقاح الجاهز يستمر على استعماله الى الشفاء ولا فيستعمل اللقاح الذاتى عند تمام تحضيره . فان وُجد أن العدوى هى بالمكروب السبجي نُحَقِّن ٥ مليونات من لقاحه وتكرر كل يومين بالكيفية التى ستذكر فيما بعد . وان كان المكروب هو العنقودى يحقن ٢٥ مليوناً من لقاحه . فان اتفق أن اللقاح هو من ذات مكروب العدوى يحدث رد فعل اعراضه ارتفاع فى الحرارة والنبض يتبع بعد ٢٤ - ٣٦ ساعة بانخفاضها عما كانت . فان حدث ذلك يضاعف المقدار بعد يومين . أما اذا كان التفاعل شديداً جداً ولم تنخفض الحرارة ينقص المقدار . وهكذا دواليك ، على أن لا يزيد مقدار لقاح المكروب السبجي عن ٢٠ مليوناً والعنقودى عن ١٠٠ مليون . ويجب مساعدة اللقاح بالحقن بالمصل أيضاً . وكلما كان استعمال المصل مبكراً كانت النتيجة أحسن . ويمطى منه ٢٠ سنتيمتراً مكعباً (جراماً) مرتين يومياً . ويجب فى عمل الحقن

مراعاة أدق طرق التعقيم وذلك لأنه بسبب ضعف مقاومة المريضة للمكروبات يكثر أن يتبع استعمال الحقن خراجات.

فمراج التثيت - قد جربوا في كثير من الامراض المكروبية الحادة مثل التسمم النفاسي الحاد المعالجة باحداث خراج صناعي عقيم أطلقوا عليه اسم « خراج التثيت ». ونجاح العلاج بهذه الطريقة غير مطرد النجاح . وتوقف فائدته على احداث رد فعل ، ليس في الأنسجة التي يحدث فيها الخراج فقط ، بل في الدم أيضاً . فوضعياً تلتهم الأنسجة وتقيح وترجع اليها الكريات البيضاء . وفي بعض الأحوال يتركز فيها عدد كبير من المكروبات الضارة التي تكون سابجة في الدم . أما التغيرات العمومية فتتجصر في احداث زيادة في عدد الكريات البيضاء .

وطريقة عمله هي أن يحقن تحت الجلد من جرام الى جرام ونصف من زيت التربينتين المحضّر خصيصاً لذلك . ففي الأحوال الموافقة يحدث رد الفعل بعد ٢٤ ساعة فتلتهم الأنسجة . وبعد ٤ - ٦ أيام يتكوّن الخراج . فتي حدث ذلك يُشقّ ويُغَيَّر عليه كالمادة .

المعالجة العمومية - تمنع الأم عن ارضاع طفلها ويقصر غذاؤها على اللبن ، تأخذ منه لترين في اليوم . ويجوز أيضاً أن تأخذ قليلاً من الشورية أو خلاصة اللحم ويجوز أن يُعطى لها قليل من الكونياك الجيد لغاية ٤٠ جراماً في اليوم أو الشبانيا ١٠٠ جرام . ولا يجوز اعطاء مقادير كبيرة من المشروبات الكحولية لأنها تضعف القلب . ويجب الاعتماد كثيراً على زيت الكافور يحقن منه ٣٠ . تحت الجلد كل أربع ساعات اذا كان النبض ضعيفاً . ويجب أن تحرك الامعاء بانتظام بالملينات والحقن . فاذا كانت المريضة مصابة بالسعال معتدل فلا يجوز إيقافه . وان كان شديداً تستعمل حقن الأفيون

والنشاء. ولا تعطى أدوية لتخفيض الحرارة مثل الاسبرين وغيره لأنها تضعف القلب. وأحسن من ذلك عمل مكمدات باردة ووضع كيس ثلج على الرأس إذا كانت الحرارة أعلى من ٣٩°س. وإذا أصيبت المريضة بالأرق تعطى برشامة أو قرص فيرونال ٧٥ر. ويتبع بمشروب ساخن مثل مغلى الأيسون.

وفى الأحوال الثقيلة يحقن من المحلول الملحي أو الجلو كوز تحت التدى ٥٠٠ جرام مرتين فى اليوم لمساعدة افراز السموم ولتقوية الكريات البيضاء ولمساعدة الجلد والكلية على الافراز. ويستمر على ذلك ثلاثة أو أربعة أيام. وإذا لم تحمل المريضة الحقن تحت الجلد تعطى لها الحقن من الشرج نقطة فنقطة حتى يسهل امتصاصها بواسطة الغشاء المخاطي للمستقيم. ومن المفيد للمريضة أن تعطى ١٥٥ جراماً من اليوروتروين محلولة فى ٢٥٠ جراماً من محلول الجلو كوز حقناً فى الشرج كل يوم. وينسبون لأصلاح الفضة الغروية مثل اللانتول والالكترا جول القدرة على زيادة عدد كريات الدم البيضاء. ومن الموافق استعمالها لأنها ان لم تنفع لا تضر. وعادة يحقنون من اللانتول أو الالكترا جول من ٦ - ١٢ جراماً فى اليوم تحت الجلد. وفى الأحوال الثقيلة يكون الحقن فى الأوردة.

الالتهاب الحوضى الموضعى - فى كثير من الأحوال عندما تدخل المكروبات القيحية الى المسالك التناسلية تصيب محل اندغام المشيمة والجروح التى تنشأ من تمزق العنق والمهبل، ثم تأخذ العدوى فى الاتمداد الى بقية تجويف الرحم فتحدث التهاباً رحمياً باطنياً قيجحياً. فإذا لم يتعدَّ الالتهاب جدر الرحم يتحوَّل الالتهاب الحاد الى التهاب مزمن مع مضى الوقت. أما اذا تعداها فقد تصل العدوى الى البريتون الحوضى أو الى النسيج الخلوى أو الى البوقين والمبيضين. وفى هذه الأحوال يتأخر ظهور الأعراض

الى اليوم الخامس أو السادس ، وقد تُسبق بأعراض تعفن موضعى بسيط لا يستوقف نظر الطبيب. ولو أنه أدركها وعالجها العلاج المناسب لَمَنَعَ اشتداد المرض . وهناك نوع يبتدىء بأعراض بسيطة مثل ارتفاع قليل فى الحرارة مع ألم فى الحوض وينتهى عادة بالتهاب حوضى مزمن. وهذا النوع كثير الحدوث

التهاب النسيج الخلوى للحوض — يختلف شكله بحسب درجة الإصابة .

فان ارتشح النسيج الخلوى للحوض كله (فلغمونى الحوض) نجد الحوض مملوئاً بورم صلب غير متحرك قليل الألم ، يُحيط بالرحم من كل جهاته ، ولا يسهل تمييزه عنه . وان أصاب الالتهاب جزءاً منه فقط فقد نحس بالورم فى أحد الرباطين المريضين دافعاً الرحم الى الجهة الأخرى . وفى أول المرض لا يُحسّ إلا بورم صغير بجانب الرحم قليل الحركة يصعب جداً تمييزه من الالتهاب البوقى . ولكن متى امتدّ الالتهاب وأخذ اتجاه النسيج الخلوى الحوضى فالتشخيص سهل ، اذ نجد ورماً صلباً عديم الحركة ممتد الى جدر الحوض . وقد يتبع الالتهاب سير النسيج الخلوى الى أبعد من ذلك فيمتد الى الحفرة الحرقفية ويكون ورماً يسهل الاحساس به بطنياً فوق النصف الأنىسى (الأقرب للعانة) لرباط پوپارت. وقد يسير الالتهاب فى اتجاه العضلية الابسواسية الحرقفية الى جهة الكلى . وفى الأحوال البسيطة وبعض الأحوال الشديدة قد ينتهى بالامتصاص ولكن عدداً كبيراً من الأحوال الثقيلة ينتهى بالتقيح فيتكوّن خراج إما أعلى رباط پوپارت أو الى أحد جانبي الرحم . وفى أحوال نادرة قد يسير الالتهاب ماراً من الثقب المسدود ، أو الثقب الوركى ، ويتكوّن خراج فى الجهة المقابلة للفخذ أو فى الالية . وفى بعض الأحوال التى يمتد فيها الالتهاب الى جهة الكلى أو الحرقفة قد يُمتص الارتشاح الذى يحيط بالرحم ولكن يتقيح الالتهاب

الذى فى الجهات البعيدة فيتكوّن خراج قرب الكلية أو فى الحفرة الحرقفية ويظهر الرحم والحوض كأنهما سليمان .

التهاب البريتونى الحوضى والتهاب البوقى المبيضى — اذا تذكرنا أن البريتون يُغلف الرحم من الورا، أكثر من الأمام مكوّناً قعر كيس عميق هو رذب دوجلاس، وأنه من الأمام لا يصل الا الى حذاء الفوهة الباطنة تقريباً ثم ينطف على المثانة، يسهل علينا ادراك السبب الذى لأجله يُحس بالبريتون المتهب خلف الرحم أشد وضوحاً مما يحس به من الأمام . وفى أغلب الأحوال يتكوّن فى قعر كيس دوجلاس ورم التهابى يدفع الرحم الى الأمام (اذا كان حجم الورم كبيراً) . ويكون هذا الورم أقل صلابة وأشد غضاضة عند الجلس من ارتشاحات النسيج الخلوى . ويحد هذا الورم من الأعلى غطاء مكوّن من الترب والامعاء الدقاق أو الغلاظ يحس به من البطن كورم شاغل للقسم الخلقى مؤلم عند الضغط غير واضح الحدود، نصف رنان عند القرع . وهذه الارتشاحات البريتونية يندر ان تتقيح . واذا تقيحت ولم تُشقّ جراحياً تنفجر فى المهبل أو المستقيم أو الامعاء . وأغلب الأحوال تنتهى بالامتصاص ولكنها قد تترك الرحم ملتصقاً فى وضع معيب .

التهابات البوقية والمبيضية — فى كثير من الأحوال يمتد التهاب الى البوقين والمبيضين مُحدّثاً التهاباً بوقياً ومبيضياً حاداً ينتهى بعد زمن بحدوث التهاب مزمن يترك المريضة فى حالة ضعف الى زمن طويل .. وقد ينتهى التهاب بانسداد فتحتى البوق وتجمع الصديد فى تجويفه (التجمّع القيحي للبوق) .

التهاب الأوردة النخري (التعمري) — قد سبق شرح الكيفية التى يمتد بها التهاب من الأوردة الرجية التى تجمّد الدم فيها، وذكرنا ان التهاب

يمتد بالاتصال الى الأوردة المبيضية أو الحرقفية أو الفخذية. فإن زاد امتداده ينتهى الأمر بمحدث تسمم قىحى دموى . وإن اقتصر التخثر على الأوعية الفخذية حدث الورم الأبيض المؤلم لاساق . وتتميز هذه الأحوال بمحدث قشعريات شديدة جداً ومتعددة ، ما عدا الأحوال الخفيفة منها فانها لا تصطبب إلا بارتفاع معتدل فى الحرارة والنبض .

معالجه الالتهاب الحوضى — اذا كنا واثقين من وجود قطع متفنة من المشيمة فى باطن الرحم تجب المبادرة بفصلها وغسل باطن الرحم قبل أن يشتد الالتهاب الحوضى . وذلك دفعاً لامتداد الالتهاب الى درجة تجعل معالجة الرحم عديعة الجدوى وشديدة الخطر . وعلى المريضة ملازمة الفراش مدة طويلة ، مع ملاحظة تحريك امعائها بانتظام . وفى أول المرض يوضع على البطن كيس ثلج وتعمل لها زروقات مهبيلة ساخنة بمقادير كبيرة من محلول الملح مرتين أو ثلاث فى اليوم . ويعمل لها ذات العلاج الذى وصفناه للحميات النفاسية العمومية . واذا طال المرض وظهر ورم التهابى فى البطن يوضع عليه ليخ ساخنة من بذر الكتان أو (antiphogistine) . واذا تكوَّنت خراجات تفتح بلا ابطاء . ويساعدنا على تشخيص التقيح ، عدا التمزج الذى يُحسّ به عند عمل الجلس المزدوج ، ان فخص الدم المتكرر يظهر ارتفاعاً فجائياً فى عدد الكريات البيضاء . فان بلغ عددها ٢٥٠٠٠ أو أكثر مع وجود ازدياد نسبى فى عدد الكريات التى تتلون بالايوزين فالتقيح موجود على الأرجح .

الورم الأبيض المؤلم للساق — فى الأنواع الشديدة لهذا المرض يتورم الطرف المصاب من القدم الى الأربية . ويصطبب عند بدائه بألم شديد وحى وتوعلك عام . وقد تحدث الإصابة فى أحد الطرفين السفليين أو فيهما معاً فى وقت واحد وهذا نادر . والأكثر حدوثاً أن تبدأ الإصابة

في أحد الطرفين ثم تمتد الى الطرف الثاني بعد أسبوع أو أكثر . وقد شوهدت أحوال أصيبت فيها الأطراف العليا أيضاً . ويتميز لهذا المرض نوعان : الأول (التخثرى) التجلطى والثانى اللمفاوى .

النوع التخثرى - وهو الأكثر حدوثاً . ويتسبب من التهاب الوريد الحرقفى الظاهر أو الوريد الفخذى وتجمد الدم فيهما . فينبى على ذلك أن دورة الدم فى أوردة الطرف المصاب تتعطل . وقد يُحس بالوريد المتجمد دمه ، فى أعلا مثلث سكاريا ، كحبّ صلب مؤلم مُعَقَّد فى بعض جهاته . وسبب تورم الساق هو حدوث ايديما تمتد بسرعة من الأقدام الى الأربية . والأجزاء المصابة تكون ليّنة وتترك انخفاضاً عند الضغط . وفى أول الأمر يكون لونها أزرق داكن ويبيض قليلاً فيما بعد . وفى أغلب الأحوال يكون تجمد الدم فى الوريد الفخذى مسبباً عن امتداد التجمد الذى يكون حادثاً فى الأوعية الرحية والحوضية . ولكن فى أحوال أخرى يكون سبب تجمد الدم فيه التهاب جدره من تأثير المكروبات التى تكون سابجة فى الدم . وهذا يُفسّر الاصابات التى تحدث فى الأطراف العليا أو فى الساقين من غير أن يوجد تخثر فى دم الأوعية الحوضية .

النوع اللمفاوى - فى هذا النوع تصل العدوى عن طريق الأوعية اللمفاوية فتسبب التهاباً خلوياً غائراً يعطل الدورة اللمفاوية فى الطرف المصاب فيتورّم تورماً شديداً لا يترك انخفاضاً عند الضغط عليه بالأصبع مثل الذى يحدث فى النوع التخثرى . ويصير الجلد متوتراً لامعاً وأبيض اللون . وقد يُحس أيضاً ببعض الغدد اللمفاوية المتورّمة فى الأربية . والارتشاح الذى يسبب تورم الطرف لا يتسبب عن ايديما ولكن عن وجود سوائل لمفاوية قابلة للتجمد . وهذا النوع أقل من سابقه حدوثاً . وقد تنشأ بعض الاصابات من تجمد الدم

ومن التهاب اللعفاوى معاً . وفي كل هذه الأحوال نجد أن السبب الأصلي لحدوثها هو التمعن النفاسى . ويساعد على ظهور هذا المرض حدوث أنزفة قبل الولادة أو فى أثناءها والأمراض المضعفة للألم وعلى الاخص أمراض الجهاز الدموى

الأعراض — تبدأ عادة من اليوم العاشر الى الرابع عشر . وقد تظهر فى اليوم السادس أو يتأخر ظهورها الى اليوم الثلاثين للنفاس . وتبدأ بحالة حادة مصحوبة بألم شديد فى الطرف المصاب ، وترتفع الحرارة الى ٣٩° س أو ٤٠° س ويحدث للمريضة رعشة شديدة أو قشعريرة واضحة . وأغلب الأحوال تكون مسبقة ببعض ارتفاع فى الحرارة فى مدة النفاس التى تسبق الإصابة . ويبقى الألم والحرارة من ٣ أو ٤ أيام فى الأحوال البسيطة وإلى ١٠ أو ١٢ يوماً فى الأحوال الثقيلة . وبسبب الارتشاح والألم يفقد العضو حركته ويصير كأنه مشلول . ويمكن الاحساس بتموج قليل فى الركبة . وتكون حرارة الطرف المصاب أعلى من حرارة الطرف الصحيح بنصف درجة . وإصابة الطرف السفلى الأيسر أكثر حدوثاً من إصابة الطرف الأيمن وذلك لأن فى الوضع الأول وهو أكثر الأوضاع حدوثاً تكون الحدة المؤخرية الى اليسار فتكون التمزقات فى هذه الجهة كثيرة الحدوث ، ومنها تصل المكروبات الى الأنسجة الخلوية فى الرباط العريض الأيسر وتمتد الى الساق .

المعالجة — لما كان الخطر الوحيد فى هذا المرض هو انفصال خثرة دموية ووصولها الى الدورة الرئوية مسببة لسكتة رئوية فان أهم نقطة فى العلاج هى احاطة الطرف المصاب بأكياس من الرمل تمنع حركته . ويستحسن رفع العضو المصاب بوضع وسادة تحته فيسهل بذلك رجوع الدم فى الأوردة . ولإزالة الألم يُدهن الساق بمرهم بنجه Baume Benguée أو بوضع كمادات من الكحل مغطاة بطبقة سميكة من الورق الزيتى تمنع تبخره . وهذه

المكدمات تحدث حرارة شديدة تكون سبباً في تخفيف الوجع . ويكرر عمل المكدمات كل ساعتين . ويجوز أيضاً أن يُدهن المكان الذى فوق الوريد المتجلط بصبغة البلادونا . وبعد زوال الألم يغلف الساق بالقطن . وفي الأحوال الثقيلة يجب استعمال اللقاح أو المصل المضاد للاستربتوكوك (مصل المكروب السبحى) . ويقال بأن تماطى حمض الليمونيك بمقدار نصف جرام محلولاً في ماء ٣ مرات في اليوم يساعد على عدم امتداد تجمد الدم . وتوصى المريضة بوجوب ملازمة الفراش مدة عشرة أيام بعد زوال الحُمى والألم والورم . وبقى تركت الفراش يجب تنبيهها الى أن الورم سيمود بعد المشى وسيبقى الى أن تتعود الدورة الوضع العمودى (أى وضع المريضة وهى واقفة) . ولكن اذا اشتد الورم يجب أن تعود المريضة الى الفراش ثانية . وقد يبقى الورم شهراً أو أكثر بحسب حجم الوريد المصاب . وفي الأحوال الثقيلة قد لا يعود المضو المصاب الى حالته الطبيعية الا بعد سنة أو سنتين يكون الساق فى أثناءها عرضة لعودة الورم عند المشى الطويل . ولا يجوز فى أثناء المرض ذلك الطرف المصاب خوفاً من انفصال الخثر الدموية . ولكن يجوز عمل التدليك بعد شهر من زوال الأغراض لمساعدة زوال الايدما .

✽ التسمم الوريدي ✽

يحدث التسمم الوريدي من العدوى بمكروب الاستربتوكوك . وفى أغلب الأحوال يبدأ المرض بحدوث التهاب رحمى باطنى تقيحى، ثم يتلو ذلك اصابة الكتلة الدموية التى تسد الجيوب الوعائية للرحم بالمكروبات وانفصالها ووصولها الى الدم حاملة اليه المكروبات التى أصيبت بها .

الأعراض - لا تظهر عادة قبل اليوم العاشر . وقد تُسبق أو لا تُسبق

بأعراض الامتصاص العفن . وتبدأ الأعراض بقشعريرة ترتفع في أثنائها درجة الحرارة الى ٤٠° سنتجrad . والنفض يسرع نسبياً . وبعد مضي بضع ساعات تنخفض الحرارة الى الحالة الطبيعية ويُظن أن المريضة شفيت . ولكن بعد مرور اثنتي عشرة ساعة او أربع وعشرين ساعة تحدث قشعريرة أخرى ترتفع في أثنائها الحرارة وهكذا دواليك . وحدوث هذه القشعريات يدل على أن كتلة دموية انفصلت وأصابت أنسجة لم تُصب من قبل . وفي الأيام الأخيرة لا تهبط الحرارة الى الحالة الطبيعية بل تتراوح بين ٣٨° و ٤١° سنتجrad وبعد مرور ثلاثة الى سبعة أيام من بدء المرض يبدأ حدوث خراجات متعددة في الجسم تتبع في الغالب سيراً مخصوصاً ، أعنى أنها إما أن تحدث كلها تحت الجلد ، أو في المفاصل ، أو في الأحشاء الباطنية كالكبِد والرئتين والمخ . وكلما نشأ خراج صحبته قشعريرة . وقد تشفى المريضة من هذا المرض تدريجياً ، وقد تموت إما من الالتهاب الرئوي القيحي ، أو الالتهاب البريتوني القيحي ، أو التهاب الغشاء المبطن للقلب ، أو من حدوث خراجات في أحشاء حيوية كالمخ والكبد .

الانذار — خيب جداً ، ولكن بدرجة أقل من التسمم اللينفاوى . وكلما كانت الخراجات سطحية كان الانذار أهد . وفي العادة يموت أقل من النصف اذا استعمل المصل المضاد للاستربتوكوك واللقاح في الوقت المناسب .
المعالجة — تقوى المريضة بكل الطرق الممكنة . وفي أول حدوث المرض يجب فحص تجويف الرحم فان وجدت بقايا من المشيمة تفصل بالاصبع وليس بالمعلقة . ثم تعمل زروقات رحمية ومهبلية على حسب اللزم . واذا وجدت أعراض موضعية تعالج بالزروقات المهبلية والرحمية . واذا تكونت خراجات في المفاصل تفتح حالاً أما اذا تكونت تحت الجلد فالأفضل عدم فتحها إلا

إذا اشتد اقترابها من سطح الجلد. وتحقق المريضة بالمصل المضاد للاستربتوكوك وبالبلازما كما يفعل في التسمم اللينفاوى .

وقد حاولوا فى بعض الأحوال التى أمكن فيها تشخيص امتداد التجلط من الأوعية الرحمية الى الأوعية الحوضية ، ربط الأوردة الرحمية والمبيضية لمنع الكتل المتعفنة من الوصول الى الدم وبذلك أوقفوا سير التسمم الوريدي . ولكن نجاح العملية مشكوك فيه أولاً لصعوبة تشخيص تجلط الأوعية الحوضية بالجلوس المزدوج وثانياً لأنه فى أحوال كثيرة قد يفتح البطن فيشاهد بأن التجلط عم الأوعية الكبيرة .

وقد أشار بعضهم باستئصال الرحم باعتبار كونه منبع امتصاص عفون مستديم ولكن النتائج التى حصلوا عليها ليست مشجعة ولا أشير بعمل هذه العملية إلا إذا وجد فى الرحم ورم لينى متعفن .

التشخيص التفريقى — كل ارتفاع فى درجة الحرارة يحدث فى مدة النفاس يجب اعتباره حمى نفاسية إلا إذا ثبت العكس . ولكن لا يغيب عن الذهن انه فى الأربع وعشرين ساعة الأولى للنفاس قد يسرع النبض وترتفع الحرارة خصوصاً عند من طالت مدة ولادتهن أو عند من استوجبت حالتهم الالتجاء الى وسائط صناعية . ويسمى هذا الارتفاع فى الحرارة بحمى رد الفعل . وهذه لا تطول مدتها أكثر من ١٢ ساعة . وقد يسبب هجوم اللبن فى اليوم الثالث سرعة فى النبض وارتفاعاً قليلاً فى الحرارة . ولكن تزول هذه الأعراض حالاً بعد أخذ مسهل . وقد ترتفع الحرارة بضع ساعات إذا تكدرت النفساء أو حدث لها انفعال نفسانى شديد . ويلزم الاحتراس عند ظهور هذه الأعراض فى التمييز بينها وبين حمى النفاس ، فان كثيراً من أحوال الحمى ينسب خطأ الى هجوم اللبن حتى ولو طالت أكثر من يوم . وقد يكون

سبب ارتفاع الحرارة اصابة النفساء بالانفلونزا أو حمى الذنح أو الحمى التيفودية أو التيفوس. والمشاهد أن الذى يكون قد باشر الولادة يحاول أن ينسب كل ارتفاع فى درجة الحرارة الى أحد هذه الأسباب. ولكن لا يغيب عن الذهن أن الإصابة بهذه الأمراض ليست كثيرة الحدوث. وأن تأخير العلاج المناسب لحمى النفاس قد ينشأ عنه مضاعفات ثقيلة قد تنتهى بالوفاة. ويساعد على عمل التشخيص فحص المهبل والعجان للبحث عن جروح ملتهبة، وفحص الرحم ومتعلقاته، وملاحظة لون ورائحة السائل النفاسى. وفى الأحوال المشكوك فيها يفحص الدم وتؤخذ عينات من باطن الرحم لاستنباتها.

﴿ التهاب الغدة الثديية ﴾

والخراجات التروية

إذا لم تؤخذ الاحتياطات اللازمة فى مدة الحمل لتقوية جلد الثدي حتى يتحمل الرضاع وعلى الأخص عند بكرىات الولادة، يتشقق الجلد من شدة جذب الطفل الحلمة وقت الرضاع. وإذا لم يُفَسَّل الثدي قبل وبعد الرضاع ويخفف جيداً يجوز أن تصل المكروبات الى هذه التشققات فتلتهب. وفى بعض أحوال الالتهاب التى لا يكون الجلد فيها متشققةً يجوز أن تكون المكروبات قد دخلت من فتحات القنوات اللبنية نفسها، ومنها الى الغدة. وقد وجد فى ٨٦٪ من الحوامل و ٩١٪ من النفاسى ان اللبـن يحتوى على مكروبات فى حالته الطبيعية. وهذه المكروبات تكون غالباً من نوع قليل الضرر. ولكن بعض البكتيريولوجيين أمكنه اكتشاف المكروب العقنودى فى لبن كثير من النفاسى. وهذا يظهر لنا أن وجود المكروبات فى اللبن لا يؤدى دائماً الى التهاب الثدي ولكن الخطر الحقيقى هو وجود تشققات

في الثدي تكون بأبأ تصل منه المكروبات الى الأنسجة العميقة فتلتهب .
ويمكن تمييز ثلاثة أنواع من التهاب الثدي بحسب النسيج المصاب : —

(١) التهاب الأنسجة الخلوية تحت الجلد ، وينتهى أحياناً بتكوين خراج سطحي بقرب الهالة .

(٢) التهاب الغدة ذاتها . وينتهى إما بالامتصاص أو بتكوّن خراج داخل الغدة .

(٣) التهاب الأنسجة الخلوية خلف الغدة . وهذا لا يحدث من تشققات الثدي بل من نكروزات الأضلاع ، ومن التجمع الصديدي للبلورا . وهذا لا شأن لنا في شرحه .

وقد يحدث الالتهاب في مكان واحد من الثدي ، وقد تتمدد الأمكنة . وقد تكون كلها سطحية ، أو يكون بعضها سطحيّاً والآخر غائرًا . وهذه الالتهابات تحدث غالباً في الثلاثة الأسابيع الأولى للنفس . ولكنها قد تحدث بعد ذلك . ويبدأ التهاب الثدي بتورّمه واحمرار الجلد فوق البقعة الملتهبة وفوق مسافة كبيرة حولها . ويصحب الالتهاب وجع شديد . وفي الأحوال التي يكون فيها الالتهاب مقصوراً على فص واحد من الغدة يأخذ الجزء الملتهب شكل هرم قمته نحو الحلمة وقاعه متجه الى فوق . أما الحرارة فترتفع من درجة الى ٣ درجات . ونشكو المريضة من وجع في الرأس . ويتلو هذه الأعراض ظهور الالتهاب في جهة من الثدي . وإذا تقيح الجزء الملتهب فالغالب أن تحدث قشعريرة ، ورتشح الجلد الموجود فوق الجهة الملتهبة . ويجوز الاحساس بتموج اذا كان الخراج كبيراً وغير غائر . وبعض الخراجات السطحية تنفجر من ذاتها وإذا لم يُعَثَّ بالفيار عليها فقد ينتقل الصديد الى القنوات اللبنية للثدي المصاب

وقد تنتقل الى الثدي الآخر اذا سمح للطفل بالرضاع منه قبل جفاف الصديد تماماً .

العلاج — قد ذكرنا العلاج السابقاً وأظهرنا أهمية تقوية جلد الثدي مدة الحمل وضرورة غسل الحلمة والهاالة الأصلية بالماء بعد كل رضاع وتجفيفهما جيداً . فاذا تشقق الثدي بالرغم من ذلك فالواجب الاهتمام بعلاج التشقق . أما في الأحوال التي يموت فيها الطفل أو يُمتنع عن ارضاعه لسبب من الأسباب فيجب تجفيف اللبن . ولعمل ذلك تنظف الحلمات بمحلول مطهر ويفطى الثديان بطبقة من القطن ويربطا الى الصدر رباطاً متيناً فاذا اشتد الوجع يُرفع الرباط ويوضع عليهما مكمدات من ماء الكلونيا والماء العادي مدة ٤ ساعات . ويعاد الرباط ثانية وتُمنع المريضة عن الاكثار من شرب السوائل ثم تعطى مسهلاً ملحياً كل يوم لمدة ٣ أيام . وهذه الكيفية ينقطع افراز اللبن ، فاذا لم ينقطع يُدهن الثدي ٣ مرات في اليوم بمرهم البلادونا وتعطى المريضة ٣٠ . من يودور البوتاسيوم محلولاً في نصف كوب لبن أو ماء ٣ مرات يومياً بعد الأكل .

أما الأحوال التي يظهر فيها الالتهاب فيجب علاجها كالآتي :

- (١) يوقف الرضاع من الثدي المتهب ويفرغ لبنه بشفاطة اللبن بانتظام .
- (٢) في اليومين الأولين تعمل مكمدات باردة بمحلول خلات الرصاص المخفف كل ساعتين . وبعد اليوم الثالث يعمل بدلاً منها لبخات ساخنة من بذر الكتان أو الاتيفلوجستين .
- (٣) تعطى المريضة مقادير من المزيج الأبيض تكفي لتلين أمعائها ٣ مرات في اليوم .

فاذا حدث التقيح بالرغم من ذلك يوقف الرضاع من كلا الثديين ويربط

الثدى السليم الى الصدر لتقليل افراز اللبن منه وتفتح الخراجات حسب أصول الجراحة بحيث تكون الشقوق موازية للفنوات اللبنية، أى متشعبة من الحلمة الى قاعدة الثدي. ويجب عند فتح الخراج وضع الأصبع في تجويف الخراج بعد لبس كف من المطاط يكون خالياً من الثقوب، وتقطع كل الحواجز حتى لا يتجمع الصديد في أى بؤرة منعزلة. وإذا اقتضى الأمر تعمل فتحة أخرى في الجهة الأخرى انحداراً لسهولة تصريف الصديد، وتوضع فيها أنابيب من المطاط أو يسدّ التجويف بالشاش اليودوفورمى سداً متيناً. ويغير عليه مرتان في اليوم بالغسيل بالليزول ٥٪ أولاً ثم بمحلول ملحي ١٥٪. وتعطى للمريضة أدوية مقوية مثل شراب فلورز بمقدار ملعقة بـُن في نصف كوباية ماء ٣ مرات في اليوم أو مزيج الحديد والكينا (فارماكوبيا القصر العيني) أو مزيج الحديد والزرنيخ الى أن تعود لها صحتها.

﴿ الجنون التناسلي ﴾

يحدث الجنون التناسلي إما في مدة الحمل، أو في أثناء النفاس، أو في مدة الرضاع ان طالت. وهو في الغالب يشفى بعد مدة قصيرة ويندر أن يبقى طول العمر.

أسبابه - من المعلوم ان الحمل والولادة بوتقة اختبار المرأة. وهما اللذان يكشفان حقيقة قوتها العقلية والجسمية. والجنون التناسلي قد يكون أولياً أو تابعاً للوراثة أو الاكلمسيا أو التسمات الحلبية، أو ادمان الخمر، أو الحمى النفاسية أو النزف الشديد. وهو أكثر حدوثاً في غير المتزوجات.

الأنواع - يحدث الجنون إما على هيئة مانيا (هيجان) أو ميلانخوليا (سویداء).

الاعراض - يكثر في الحمل حدوث تغير في الطباع مع بعض شذوذ.

ولكن ذلك لا يمكن اعتباره جنوناً إلا إذا اضطجبت خيالات لاحقيقة لها .
ويبدأ الجنون عادة بالأرق ثم يتبعه توهم وجود خيالات لأصل لها . فإذا أصاب
المريضة قيء توهمت أنها مسمومة . وغالباً تصير سوداوية المزاج . فلا يحلو
لها الكلام إلا عن بؤسها . وقد يبلغ بها الأمر إلى أن تحاول الانتحار . وقد
تشفى من مرضها قبل الولادة أو يطول المرض إلى مدة النفاس . وفي بعض
الأحوال يصير الجنون مزمناً .

جنونه المخاض - عند خروج الرأس من العجان قد ينتاب المرأة نوبة
من الجنون فتقتل طفلها . وهذا نادر جداً ولا يطول أمره .

جنونه النفاس - يصحب هذا النوع على الغالب الحمى النفاسية أو
الزفر . وقد تعترى العلية الوسواس والتخوف من أخطار وهمية ، وتصاب
بالصداع وبالامساك وقد ترفض الغذاء . وفوق كل ذلك يعترها أرق شديد .
وتكره رؤية زوجها وطفلها . وأخيراً تصاب بالجنون الحاد .

جنونه مدة الرضاع - يحدث عادة عند ضعاف البنية اللاتي أنهكن
تعب الرضاع وتكرر الحمل والولادة . وتكون المريضة به كثيفة ويعترها
الأرق والامساك . وبعد قليل تصير سوداوية الخلق وكثيرة الوسواس وقد
تحاول الانتحار . والانداز هنا ليس حميداً مثله في جنون النفاس .

الارتزاز - يشي ستون في المائة من عموم المريضات .

المعرج - تعالج الأمراض التي تصطبج به بما يناسبها . فإن وجد تعفن
يعالج بما سبق شرحه في الكلام على حمى النفاس . وتمنع المريضة عن ارضاع
طفلها الذي يجب أن يُفصل عنها إلا في حضور شخص يمكن أن يمنع عنه
أذاها . وهناك أربعة أمور تجب ملاحظتها في علاج من يخشى من أصابتهن
بالجنون وهي : -

(١) أن تستوفي المريضة حاجتها من النوم، و (٢) أن تعطى غذاءً وافراً، و (٣) أن يمنع حدوث الإمساك و (٤) أن تريض الرياضة المعتدلة . وكثيراً ما يتقي الجنون بملاحظة هذه الأمور .

وإذا حدث الجنون فيكون السير في العلاج كما يأتي : — إذا لم تتم المريضة جيداً تعطى مزيجاً من الكلورال والبرومور بمقادير صغيرة الى أن تنام . وإذا تعودته تعطى البارالدييد والكلورامين أو الهينول . وإذا حدثت نوبة جنون حاد يعطى لها مليجرام ونصف من الهيوسين حقناً تحت الجلد . وتعطى مقادير وافرة من الغذاء السهل الهضم . فإذا رفضت الأكل ترغم على تعاطيه بإدخال أنبوبة معدنية من الأنف . وغالباً لا تعود بعد ذلك الى الرقص . ولقاومة الإمساك تعطى المريضة نقطتان من زيت حب الملوكة مع قليل من الزبدة والسكر إذا رفضت تعاطي المسهلات العادية . ويجب أن تكون المريضة تحت مراقبة ممرضة متمنة على علاج الأمراض العقلية ولا يجوز ربطها ولا لباسها قميص المجانين لأن ذلك يزيد في جنونها . ويجب أن تكون الشبابيك مجهزة بأسلاك من الحديد . فإذا لم تحسن الحالة بعد شهر فالأفضل إرسالها الى مستشفى المجاذيب .

✽ تمزق الرحم ✽

قد يتمزق الرحم في أى دور من أدوار الولادة . ويبدأ التمزق عادةً في القسم السفلى بسبب رفته ، ثم يمتد التمزق إما الى فوق نحو قاع الرحم ، أو الى أسفل في اتجاه المهبل وقد يمتد حلقياً . وقد يحدث التمزق من شدة احتكاك جدير الرحم بالحوض كما يحدث في الحوض المفرطح إذا انحسر الرأس وانضغطت جدر الرحم بينه وبين الزاوية العجزية القطنية . ولتمزق الرحم درجتان : —

- (١) التمزق الطامل - وفيه تتمزق جدر الرحم ويعم التمزق البريتون أيضاً
(٢) التمزق الناقص - وفيه لا يتمزق البريتون بل يقتصر التمزق على عضلات الرحم .

الأسباب - (١) اذا وجدت موانع للولادة مثل ضيق الحوض ، والمجى، المستعرض والاستسقاء الدماغي ، وأورام الحوض الخ .
(٢) الاستحالة الشحمية للرحم .

(٣) وجود ندبة الالتحام ضعيفة لعملية قيصرية سابقة .
(٤) قد يتمزق الرحم أيضاً من : - (١) محاولة عمل التحويل في الرحم المنقبض انقباضاً تشنجياً أو (ب) من محاولة تخليص الجنين بالجفت والعنق لم يتمدد تممداً كافياً فيتمزق ويمتد التمزق الى جدر الرحم ، أو (ج) من محاولة توسيع العنق بالأصابع في أحوال الاندغام المعيب المشيمة أو (د) في أثناء تخليص المشيمة المتصقة .

- (١) من المعلوم أن القسم العلوى للرحم هو الذى ينقبض وينكمش . أما القسم السفلى فليس له خاصية الانقباض .
والانكماش . ولذلك فاذا وجد مانع للولادة فإن القسم العلوى يأخذ فى الفلاظة والقصر والقسم السفلى فى الاستطالة والترقق . فاذا لم تنه الولادة صناعياً فإن القسم السفلى يتمزق من شدة ترققه .
(٢) اذا كان الرحم مصاباً بالاستحالة الشحمية فقد يحدث التمزق فى أى دور من أدوار الولادة .



(شكل ١٩٧)

تمزق الرحم فى جزئه السفلى المترقق
(سجلبرج)

(٣) إذا كانت ندبة التحام عملية قيصرية سابقة ضعيفة فمن انقباض الرحم تنفصل حافتها الواحدة عن الأخرى .

الأعراض - سنتكلم عليها تحت ثلاثة رؤس :-

(١) التمزق الموشك .

(٢) التمزق الفجائى .

(٣) التمزق التدريجى .

(١) التمزق الموشك - الأعراض التى يستدل منها على أن الرحم على وشك التمزق هى ارتفاع درجة الحرارة الى 39.5° - 40° سنتجراد ، وازدياد النض الى ١١٠ فى الدقيقة وانقباض الرحم انقباضاً مستمراً ، وارتفاع حلقة الانكماش اكثر من ٤ سنتيمترات فوق العانة ، وانتفاخ المهبل وجفافه وتوتر الأربطة المبرومة . وتظهر على المريضة علامات القلق الزائد ويصفر وجهها وتشكو من آلام مفضية شديدة فى البطن وتجبث شفاتها وتتغطى أسنانها بالأوساخ وتئن باستمرار ، ويسرع نفسها كأنها تلهث ثم يسرع نبضها كثيراً ويضعف حتى لا يمكن عدّه . ولا تخف وطأة هذه الأعراض حتى يحدث التمزق فتبهط قواها وتظهر عليها أعراض الصدمة .

(٢) التمزق الفجائى - أعراض التمزق الفجائى هى احساس المريضة بأن شيئاً تمزق فى جوفها ، ثم يتلو ذلك زوال الطلق وارتفاع الجزء الآتى به الجنين ان لم يكن منحشراً ، ويعترى المريضة هبوط تام وتنخفض حرارتها ويسرع نبضها وتخف وطأة الآلام البطنية ويهدأ تنفسها نوعاً ويتغطى وجهها بالعرق وبالفحص البطنى يسهل الاحساس بأجزاء الجنين وقد يحس بالرحم منقبضاً بجانب الجنين وكثيراً ما يلتبس برأس الجنين .

(٣) التمزق التدريجى - هو اكثر أنواع التمزق حدوثاً . وبالنسبة

لحدوثه تدريجياً فقد لا يلاحظ في أثناء الولادة ، ولكن عند ما يولد الجنين لا تتخلص المشيمة . فاذا وضعنا يدينا في الرحم فاننا نكتشف محل التمزق . واذا اصطحب التمزق بمحدث نزف تظهر على المريضة أعراض الهبوط . أما اذا كان التمزق متسعاً فقد ينزل الجنين في تجويف البطن ويسهل الاحساس باجزائه بفاية الوضوح .

المعالجة - تنقسم الى قسمين : (١) المعالجة الوقاية ، (٢) المعالجة الشافية ،

المعالجة الوقائية - تنحصر في عدل وضع الجنين وانهاء الولادة صناعياً اذا خيف على الرحم من التمزق . فان كانت شروط وضع الجفت متوفرة يوضع الجفت . وان كان الجنين حياً والرحم طاهراً ولم تتوفر شروط وضع الجفت تعمل العملية القيصرية . وان كان الجنين ميتاً يعمل التفتت . وان كان المجىء ، بالكثف المَهْمَل تقطع الرأس .

(٢) المعالجة الشافية - اذا حدث التمزق ولم يكن الجنين قد وُلِدَ بعد فالواجب تخليصه حالاً بواسطة التفتت . هذا اذا كان في الرحم . أما اذا كان قد نزل في تجويف البطن فالواجب محاولة تخليصه بجذب الأقدام فان لم يفد ذلك يفتح البطن ويُخْرَج الجنين ثم يخاط التمزق أو يستأصل الرحم اذا لم يمكن إيقاف النزف . أما اذا لم يُشَخَّص وجود التمزق إلا بعد ولادة الجنين فان كان التمزق صغيراً وغير مصحوب بنزف فيكفي بعد تخليص المشيمة أن يوضع في الرحم قطعة كبيرة من الشاش للتصريف وسد الفتحة وترفع بعد اربع وعشرين ساعة . والغالب أن في هذه المدة تقبض حواف التمزق وتدفع الشاش الى تجويف الرحم . أما اذا كان التمزق مصحوباً بنزف شديد فالواجب فتح البطن واستئصال الرحم .

﴿ أسباب الوفاة الفجائية في مدة النفاس ﴾

قد تحدث الوفاة الفجائية في مدة النفاس من الانغماء والكوما والسكتة الرئوية : —

الانغماء — ويحدث عند المصابات بأمراض القلب المزمنة ، وفي أحوال الانيميا المزمنة الشديدة ، ومن الأنزفة التي تحدث بعد الولادة أو في أثناءها . ومن المشاهد أن خطر الولادة عند المصابات بأمراض القلب لا ينتهي بمجرد الولادة بل قد تحدث الوفاة في مدة الأسبوع الأول بسبب وقوف حركة القلب . وفي بعض الأحوال يتسبب الانغماء من الصدمة الناشئة من اخلاء الرحم بسرعة كما يحدث بعد الولادة القيصرية في الاندغام المريب للمشيمة ، وفي الولادة الفجائية ، وانفجار الرحم .

السكتة الرئوية — قد تحدث مدة الحمل أو الولادة أو النفاس . وسببها انفصال كتلة دموية صغيرة من وريد أو جيب وعائي متجمد دمه ووصول هذه الكتلة الى الشريان الرئوي أو الى أحد فروعه . وانفصال هذه الكتلة الدموية قد يتسبب من السعال الشديد ، أو التشنيج . وقد تتسبب السكتة أيضاً من وصول الهواء الى أوعية الرحم اذا عمل زرق رحمي بغير اعتناء ، أو اذا حقن بين الرحم والأغشية مقدار من الجليسرين بقصد تحريض الولادة . وقد يكون منشأ الكتلة من الوريد الفخذي وقد سبق الكلام على ذلك . ويندر أن تحدث الوفاة فجأة في السكتات الرئوية . وغالباً تمضي بضع ساعات قبل الوفاة تحدث في أثناءها أعراض تختلف بحسب حجم الوعاء الذي تسدّه الكتلة . فان كان الوعاء كبيراً يحدث عسر شديد في التنفس دلالة الجوع الهوائي أى شدة الافتقار الى الاوكسجين . ويصحح ذلك ازرقاق

شديد في الوجه والأطراف ثم في سائر الجسم . ويكون النبض ضعيفاً وسريعاً .
أما إذا كان الوعاء المنسد صغيراً فالأعراض تشبه أعراض الصدمة من حيث
شحوب اللون وبرودة الجسم وضعف النبض . والآنذار في هذا المرض
رديء جداً . وهو أقل رداءة في الأحوال التي يكون فيها الوعاء المنسد صغيراً .

المخرج — يُتَقَى حدوث السكتة بالاعتناء بعد الولادة بتدليك الرحم
وطرد كتل الدم التي قد تكون فيه ، وملاحظة دوام انقباضه . فإذا حدث
المرض يُدَلِّكُ الرحم جيداً ويعمل للمريض حقن جلدية من الكافور
والاستركنين وتُضَجِّع نصف اضجاع ويوضع وراء ظهرها كثير من الوسائد .
وإذا تيسر الحصول على أوكسجين لتستنشقه كان ذلك أفضل .

الكوما — تحدث الكوما مدة النفاس عند المصايبين بالبول السكري
أو الاكلسيا أو النزيف المخي .

الفصل الخامس والعشرون

﴿ تحريض الاجهاض والولادة المعجلة وتمديد العنق صناعياً ﴾

تحريض الاجهاض

يقصد بتحريض الاجهاض تنبيه الرحم لقذف متحصل العلوق قبل أن يكون الجنين قابلاً للحياة، أعنى قبل الاسبوع الثامن والعشرين .
الدراسة — لا يجوز تحريض الاجهاض الا في الأحوال الآتية اذا كانت حياة الأم في خطر وهي : —

- (١) حدوث الحمل في رحم مئتين الى الورداء ولم يمكن عدله .
- (٢) في الأحوال الشديدة من القيء المستعصى ، وفي الأحوال المتقدمة جداً من أمراض القلب والكلى والرئتين .
- (٣) في أحوال الضيق الشديد للحوض اذا رفضت الأم تخليص الجنين بالعملية القيصرية عند تمام الحمل .

طرق تحريض الاجهاض — قبل الشهر الرابع أعنى قبل تمام تكوين المشيمة يحرض الاجهاض بتمديد العنق وفصل البويضة بالأصبع أو بالمعلقة السكّالة . والأفضل في تمديد العنق أن يبدأ التمديد بواسطة أقلام اللاميناريا ويُنهى بمعدّات هيجار . أما من الشهر الرابع الى السادس فيحرّض الاجهاض ببط الأغشية . أما بعد الشهر السادس فتفعل طريقة كراوز وستذكر فيما بعد .

﴿ تحريض الولادة المعجلة ﴾

يقصد بتحريض الولادة المعجلة تنبيه الرحم لقذف متحصل العلوق بعد صيرورة الجنين قابلاً للحياة ولكن قبل تمام مدة الحمل . وأكثر ما تفعل هذه

العملية في الحوض الضيق يعتمد تخليص حياة الجنين . ولذلك فالأفضل ألا تفعل قبل الاسبوع الثلاثين .

الولادات — تفعل الولادة المعجلة في الأحوال الآتية : —

- (١) ضيق الحوض الذى يكون فيه طول القطر المقدم الخلفى ٦,٥ — ٧,٥ سنتيمترات في الحوض المفرطح و٨,٥ سم في الحوض الضيق في عموم أقطاره .
- (٢) اذا تكررت وفاة الجنين في الرحم بعد صيرورته قابلاً للحياة الا اذا كان السبب الزهري . ففي هذه الأحوال تحرّض الولادة قبل ميعاد الوفاة العادى .

(٣) النزف قبل الولادة .

- (٤) الاستسقاء الأمنيوسى اذا سبّب أعراضاً قلبية خطيرة .
- (٥) الأكلسيا والقيء المستعصى وأمراض القلب والكلى التى تجعل حياة الأم في خطر .

الطرق — توجد جملة طرق لتحريض الولادة وأهمها الآتية : —

- (١) التحويل القدامى وتمزيق الأغشية .
- (٢) عمل السدادة المهبلية .
- (٣) قنطرة الرحم .
- (٤) حقن سوائل كالجليسرين أو الماء داخل الرحم .
- (٥) تمديد العنق أصعباً أو بمعدد فرومر .
- (٦) تمزيق الأغشية (بطن الأغشية)
- (٧) الزروقات المهبلية الساخنة .

(١) التحويل — يفعل التحويل القدامى وتمزيق الأغشية في أحوال مخصوصة من الاندغام المعيب المشيمة، بقصد إيقاف النزف وتحريض الولادة.

(٢) السراوة المهبليز - وتُفعل في أحوال النزف العارض بقصد إيقاف النزف وتخريض الولادة . وبعض المؤلفين ينصح في هذه الأحوال بتمديد العنق وسده بشاش مشبع بالجلسرين والاكتيول المعقم بالنلي .

(٣) قنطرة الرحم - وتسمى طريقة كراوز . وتُفعل في أحوال ضيق الحوض . وهذه الطريقة وإن تكن بسيطة جداً فهي لا تخلو من الخطر إذا لم يُتَمَنَّ كل الاعتناء في التعميم . ولعملها تعطى المريضة كلوروفورماً إذا اقتضى الأمر ثم تُضَجَّع على ظهرها على حافة السرير بالعرض ثم تُخلَق العانة وتُطَهَّر الأعضاء الظاهرة تطهيراً دقيقاً ، ثم يفعل زرق مهبلي ثم يمرر منظار خافي ويُجَذَّب العنق الى الأسفل بحيث ذى مشبكين . فإن لم يكن العنق ممتدداً يمدد أولاً بممددات هيجار ثم يؤتى بقشاطر أو شموع من الصمغ المرن ويمرر أربع منها واحدة بعد الأخرى بين جدر الرحم والأغشية وتدفع الى أقصى ما يمكن . ويجب في تمريرها ألا تُدْفَع بقوة بل بغاية اللطف بحيث تأخذ الاتجاه الذي تسير فيه بسهولة . وإذا أحسنا بمقاومة نسحبها للخارج ثم نمررها في اتجاه آخر . والجزء من القشاطر الذي لا يدخل الرحم يُلفَّ حوله قطعة من شاش اليودوفورم . وبهذه الطريقة تحرّض الولادة عادة في بضع ساعات ولكنها قد تتأخر بعض أيام . فتى تحرضت الولادة ترفع القشاطر . أما إذا مضت أربع وعشرون ساعة ولم تحرض الولادة فترفع القشاطر أيضاً ويفعل زرق مهبلي وتمرر قشاطر أخرى فإذا لم تحرض الولادة يمكن تحريضها بواسطة تمديد العنق بممدد فرومر أو ممدد شاميتيه دي ريب . فإذا لم تحرض الولادة بعد ذلك بوضع الجفت أو يفعل التحويل القدي .

ملحوظة - لتعميم القشاطر تنلى في الماء عشر دقائق ثم تغمر بالمحلول السليمانى بـ ١٠ مدة ثلاث ساعات على الأقل .

(٤) **عقن باطن الرصم** — وطريقة عمله هي أن يُخَفَّن ١٥ جراماً من الجليسرين أو الماء، بغاية البطء ما بين الأغشية وجدر الرحم . ولكن هذه الطريقة خطيرة لأنها قد تسبب الموت الفجائي لإمكان وصول الهواء الى الأوردة واحداث السكتة الرئوية .

(٥) **تمديد العنق** — يمدد العنق صناعياً إما بالأصبع أو بممددات بوتزى أو فرومر أو بارنز، أو شامبتييه دى ريب . أما التمديد الأصبعي فقد يسبب تمزق العنق ولذلك لا يصح استعماله إلا اذا لم يمكن ادخال ممددات في العنق بسبب هبوط الرأس وانطباقه على العنق وفي هذه الحالة يحسن اتباع طريقة هريس انظر شكل ١٨٩ ولعملها تدخل اليد كلها في المهبل ثم تدخل السبابة والابهام في العنق ويمددهما العنق وهما متصلتان . وعمل ذلك شبيه بالحركة التي تُعمل عند فرك شيء بين أصبعين . ومتى اتسع العنق يُدْخَل الأصبع الأوسط وهكذا الى أن تدخل الأصابع كلها . وتختلف هذه الطريقة عن الطريقة العادية في أن الأصابع تُحرَّك بالعضلات القابضة وليس بالعضلات الباسطة أى أن الأصابع تثبت بدلاً من أن تنبسط . وهذا يعطيها دقة وقوة أكثر من قبل .

(٦) **بطا البوغسبي** — هو أبسط الطرق لتحريض الولادة . ولكن الولادة المحرَّضة بهذه الكيفية قد لا تحرَّض إلا بعد بضعة أيام قد ترتفع في أثنائها درجة الحرارة بسبب تحلل محتويات الرحم فتستدعى التدخل بطرق أخرى . وفي هذه الأحوال تكون المعالجة أصعب مما لو كانت الأغشية سليمة . زد على ذلك أن الولادة تكون بطيئة لعدم تمدد القوّة الظاهرة يجيب المياه . وأفضل الأحوال التي تفعل فيها هذه الطريقة هي أحوال الاستسقاء الأمنيوسي .

الزروقات المهيئة - وتختصر في تسليط نافورة من الماء الساخن على العنق من ١٠ الى ١٥ دقيقة وتكرر أربع مرات يوميا الى أن تختلص الولادة. وفائدتها تختصر في تليين العنق وتنبيه الانقباضات الرحمية. وإذا اعتُني في عملها كان الخطر من تسرب الهواء بين الرحم والأغشية ضعيفا.



شكل ١٨٩ توسيع العنق بالأصابع بطريقة هاريس

✽ تمديد العنق صناعيا ✽

يمتد العنق في الولادة باحدى الطريقتين الآتيتين : —

(١) بعمل شقوق في العنق

(٢) بالممددات

(١) عمل الشقوق في العنق - وتعمل في الأحوال التي يكون قد لقي

فيها القسم الحوضي للعنق ولم يَمَحِ القسم المهبلي . ويحدث ذلك عادة عند بكريات الولادة .

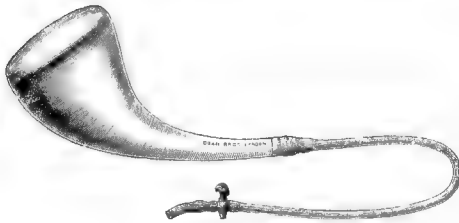
الدراسات - تفعل شقوق العنق في الأحوال الآتية : -

(١) ضيق الجزء المهبلي للعنق اذا لم ينجح في تليينه استعمال الزروقات الساخنة والمسكنات .

(٢) في أحوال الولادة القهرية أى التى يراد فيها إنهاء الولادة حالاً ، اذا لم يمكن تمديد العنق بممدد فرومر .



(شكل ١٩٩) ممدد شاميتيه دى ريب



(شكل ٢٠٠) جفت لادخال ممدد شاميتيه دى ريب

الدراسات - يلزم لهذه العملية الآلات الآتية :

منظار خلفي ، مقص قوى ذو نهاية كالة ، قابضة للابر ، خيط كانبجوت كروى ، ابر منحنية متوسطة وصغيرة ، جفوت ذات مشابك .

العملية - تَضْجَعُ الوالدة على حافة السرير بالعرض وتُطَهَّرُ الأعضاء التناسلية الظاهرة والمهبل تطهيراً دقيقاً . ثم يوضع المنظار الخلفي وتجذب

الشفة الخلفية للعنق الى أسفل بالجفوت ذات المشابك ثم تُمسك بأصبعين واحد في تجويف العنق والآخر من الخارج في محاذاة اتصال العنق بالمهبل . ثم يُزلق المقص على الأصابع وتقطع به الشفة الخلفية من الوسط . ثم يفعل شقان جانبيان بذات الطريقة ، ثم شق آخر في وسط الشفة المقدمة . ويجب في عمل الشقوق أن تمتد الى محل اتصال العنق بالمهبل فقط . ومتى انتهت الولادة تحاط هذه الشقوق .

(٢) التمديد بالممرات - يوجد نوعان من الممددات المستعملة في

الولادة وهما : -

(١) الممددات المعدنية وأقدمها ممدد بوتزى .

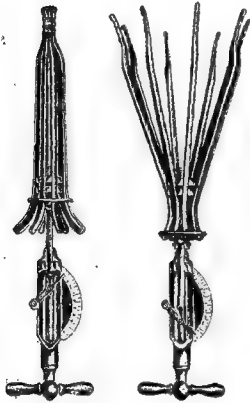
(٢) « المائية » « بارنز » .

أما أحسن الممددات المعدنية فهو ممدد فرومر . وهو ممدد ذو ثمانى فلفات يمكن تبعيد أطرافها بواسطة لولب في قبضتها (انظر شكل ٢٠١) وممدد ديسينييه (انظر شكل ٢٠٣)

أما الممددات المائية فأحسنها ممددات شامبينييه دى ريب وبارنز . والممدد الأول أفضل لسهولة استعماله . وهو يتألف من كيس مخروطى الشكل غير قابل للتمدد مصنوع من حرير مشبع في مطاط ولا يمكن الماء أن يتخلله (انظر شكل ٢٠٠) أما قاعدة الكيس فيبلغ عرضها ١٠ سنتيمترات وتأخذ في الصغر تدريجاً حتى يبلغ قطرها عند النهاية سنتيمتراً وربعاً . أما طول الكيس فيبلغ ١٥ سنتيمتراً . والكيس منحن قليلاً ليوافق انحناء المسالك التناسلية ويسع ٦٠٠ جراماً . ويدخل الى العنق بحفت مخصوص . أما ممددات بارنز فهي سلسلة أكياس كاوتشوك كمنجية الشكل يوضع أصغرها أولاً فتى يتمدد العنق يوضع الأكبر فالأكبر وهكذا .

الزوائد — يفعل تمديد العنق بالممددات المائية في الأحوال الآتية :

(١) في أحوال ضيق الحوض إذا كان من الممكن تخليص الجنين مهبلًا ولكن بسبب التمزق المبكر للأغشية لم تتمدد الفوهة .



(شكل ٢٠٢)
ممدد فرومر
مقفل

(شكل ٢٠١)
ممدد فرومر
مفتوح

(٢) في أحوال ضيق العنق إذا لم يفسد عمل الزوائد المهبلية والمرخيات

(٣) في أحوال الأكسيا والتزف العارضى الباطنى ، والأحوال الخطرة من أمراض الكلى والرئتين والقلب ، وفي أحوال وفاة وتعفن الجنين ، وبالجملة في كل ما يستدعى عمل الولادة القهرية .

(٤) بعض أحوال الاندغام المعيب المشيمة تعالج بوضع ممدد

شامبيتية دى ريب

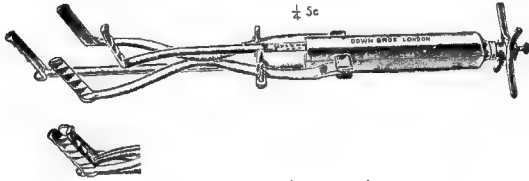
الزوائد — إذا أريد استعمال

ممدد فرومر أوديسينييه فلا يلزم لإدخالها آلات أخرى ، أما ممدد شامبيتية دى ريب فيقتضى لإدخاله استعمال جفت منحني ذى ملوقين ضيقين انظر

شكل ١٩٩

العملية — تضجع المريضة على حافة السرير بالعرض وتظهر أعضاء التناسل الظاهرة وبفعل لها زرق مهبل . فإذا أريد إدخال ممدد فرومر يدخل في العنق وهو مقفل مهيأ على الأصابع حتى يصل الى الفوهة الباطنة . ثم يدار اللولب الذى في القابضة بنهاية البطء فتباعد الفلقات بعضها عن بعض . ويجب في إدارة

اللولب أنه بعد ادارته ربع دائرة ننتظر دقيقتين لنسمح للعنق بالتمدد وهكذا. وبأخذ تمديد العنق بهذه الكيفية من ثلاثة ارباع الساعة الى ساعة كاملة. وفي أثناء عمل التمديد تفعل زروقات مهبلية ساخنة لمساعدة تليين العنق.

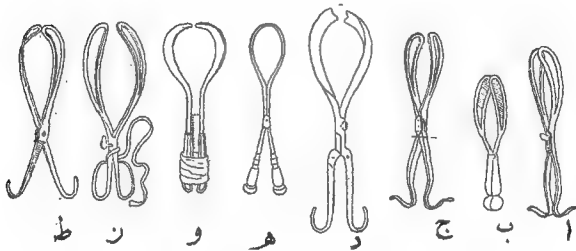


(شكل ٢٠٣) ممدد ديسليه

أما اذا استعمل ممدد شامبيتيه دى ريب فيعقم أولاً بالخل. ثم يطوى في قطره الأثبر ويمسك بالجفت ويمرر الى أعلى في فوهة الرحم بغاية اللطف. فإذا لم تكن الفوهة ممتدة لدرجة تسمح بدخوله تمدد أولاً بممددات هيجار. أما اذا كانت الفوهة ممتدة جيداً فتمرر فيها الأصابع أولاً ثم يهذى عليها الجفت في ادخاله. ويلزم في ادخال الكيس أن يدفع داخل الفوهة الباطنة بعشرة سنتيمترات. ثم يوصل الزارق بأنبوبة الكيس ويسمح للماء بالمرور فيه. وفي أثناء امتلاء الكيس يفتح الجفت تدريجياً ثم يسحب (الجفت) متى امتلأ الكيس لدرجة تمنعه من الخروج مع الجفت في أثناء سحبه. أما السائل الذي يستعمل لملء الكيس فهو محلول الليزول بنسبة ١ الى ٢٠٠. أما مقدار الماء الذي يملأ به الكيس فكالاتى : - اذا أريد أن يكون محيط الكيس ٣٣ سنتيمتراً يحقن فيه ٦٠٠ جراماً واذا أريد أن يكون المحيط ٢٧ سنتيمتراً يحقن ٥٦٠ جراماً. ولذلك فتنى أريد تمديد الفوهة تمديداً يسمح بمرور رأس الجنين يجب ملء الكيس ملئاً تاماً. ومتى تمددت الفوهة الظاهرة تمدداً تاماً فالانقباضات الرحمية تقذف الكيس من نفسها.

✽ جفت الولادة ✽

لسهولة فهم الجفت المستعمل الآن للولادة سنذكر باختصار تاريخ اكتشافه والتطورات التي طرأت عليه من وقت اكتشافه الى اليوم فنقول : من الغريب أن فكرة استعمال الجفت لم تخطر على بال المولدين إلا حوالي القرن الثامن عشر . هذا اذا استثنينا ما ورد في كتاب القانون لابن سينا في الثناء الكلام على من تمسرت ولادتها حيث قال « ... فان لم ينجح ذلك استعملت



(شكل ٢٠٤) عاذج من الجفوت التاريخية

١ . جفت ليفرت ١٧٤٧ ب . سيلي ١٧٥٢ ج . جريجوار ١٧٤٦ د . دتريه ١٧٣٣ هـ . بالفن ١٧٢١ ز ط . شامبرلين .

الكلايب واستخرج بها فان لم ينجح ذلك يدبر تدبير الجنين الميت . فقد تكون هذه الكلايب أو لا تكون نوعاً من الجفوت التي يمكن أن تولد بها الأجنة احياء ، ولولا ذلك ما أردف كلامه بقوله « والأفعال (اى الجنين) معاملة الجنين الميت » أى من حيث الثقب والتفتيت . ولعل السبب في عدم اهتمام الأطباء الى استعمال الجفت انهم لم يكونوا يذعنون الى أحوال الولادة إلا اذا تمسرت الى الغاية . ولعدم اتقانهم وتفهمهم أصول الولادة السهلة لم يكن لهم الخبرة اللازمة لمعالجة الولادات العسرة . وقد ذكر سيلي

أن الولادات كن يرهبن حضور الطبيب لعلهن أن حضوره دليل على ان
الحالة قد ساءت لدرجة لا بد ان تنتهى اما ب وفاة الأم أو الجنين أو وفاتهما معاً .
اما أول الجفوت التى عرضت فهو جفت عرضه بالفين من بلدة
كورتنيه سنة ١٧٢٠ على المجمع العلمى فى باريس . وكان هذا الجفت مؤلفاً من
ملعقتين ثقيلتين ، وكان صعب الاستعمال .

وقبل ذلك بمائة وستين سنة اشتهر رجل يدعى شامبرلين فى بلاد الانجليز
بمقدرته على توليد المتعسرات . ولكنه كان يجرى عملياته بطريقة سرية حتى
لا يتمكن الغير من معرفة الآلات التى كان يستعملها . وقد توارث أولاده هذا
السر من بعده . وفى سنة ١٦٧٠ ذهب أحد احفاده الى موريسو الطبيب
الفرنساوى وعرض عليه أن يبيعه هذا السر بألف وخمسمائة جنيه . فأحضر
موريسو مريضة مصابة بضيق الحوض كان مزماً أن يُجرى عليها العملية
القيصرية ، وطلب منه أن يولدها . فأخذها هذا الى حجرة منفردة . وبعد
أن حاول توليدها بالجفت مدة ثلاث ساعات أخفق وأقر بانها زامة . وقد
ماتت تلك المرأة من جراء الجروح التى أصابها من وضع الجفت ، فلم تتم
الصفقة ، وآب من فرنسا خائباً مطروداً . وبعد ذلك افتتح مصرفاً مالياً ثم
أفلس وهرب الى هولندا حيث باع سره الى روهتزن ، من أطباء أمستردام .
وقد باعه الأخير الى آخرين وانتهى الأمر بأن افتضح السر وصار معروفاً عند
الجميع . وقد وجدت جفوت شامبرلين الأصلية فى سنة ١٨١٥ فى بيت كان
يقطنه احفاده .

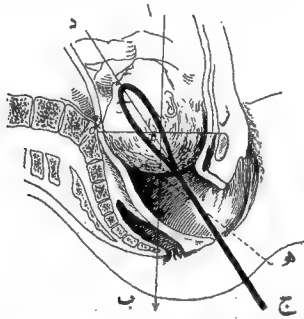
وكانت كل هذه الجفوت من النوع المسمى بالجفت القصير . ومميزات
هذه الجفوت هي :

(١) الانحناء الرأسى .

(٢) القفل،

(٣) القابضة،

وإذا نظرنا الى هذه الجفوت جانبياً نجدها مستقيمة أى ليس بها الانحناء الحوضى . (انظر شكل ٢٠٤ حرفاً ز ط) وتسهل معرفة أوجه النقص فى هذه الجفوت اذا لاحظنا أن محور الحوض منحني في حين ان هذه الجفوت مستقيمة . فاذا اريد أن يمسك بها الرأس وهو فى المضيق العلوى فلا يكون



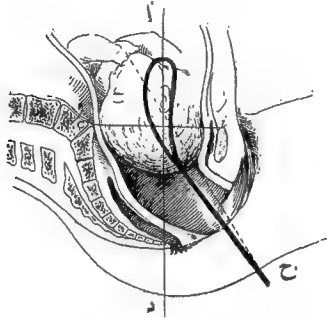
(شكل ٢٠٥) جفت مستقيم موضوع على الرأس وهو فى المضيق العلوى (ملن مارى)

ا ب . محور المضيق العلوى ب و . مستوى المضيق العلوى هـ و . محور المضيق السفلى

ج د . اتجاه جذب الجفت .

الامساك فى وسط الرأس بل فى جزئه الخلفى . فاذا كان وضع الرأس وقت تركيب الجفت هو الوضع الأول أو الثانى ، فان جذب الجزء المركب عليه الجفت يسبب انبساطه . وفوق ذلك فان الرأس بدلاً من أن يجذب فى محور المضيق العلوى المشار اليه بحرفى اب (شكل ٢٠٥) يجذب فى اتجاه الجفت أى فى خط واقع بين محور الحوض ومحور المضيق السفلى وهو المشار اليه بحرفى د ج (شكل ٢٠٥) فينشأ من ذلك أن الأنسجة الواقعة بين الرأس والعانة

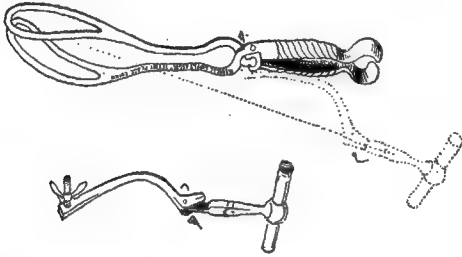
تتخلف انضغاطاً شديداً يضرّ بها. أما اذا وضع الجفت على الرأس وهو في تجويف الحوض فمن المستحيل أيضاً جذبه في اتجاه محور الحوض . فنضطر الى استعمال شدة في الجذب تضر بالأم والجنين.



(شكل ٢٠٦) جفت منحني
ا د محور المضيق العلوى ز و مستوى المضيق العلوى
ج د اتجاه جذب الجفت (ملان مري)

وأول من لاحظ هذا الخطأ في تركيب الجفوت وأصلحه هو ليفرت
الفرنساوى فى سنة ١٧٥١، فأوجد الانحناء الحوضى الذى فائدته انه لو وضع
الجفت على الرأس أمسكه فى وسطه وجذبه فى اتجاه محور الحوض . وفى
ذلك الوقت تقريباً ادخل طبيب اسكوتلاندى اسمه سيملى تعديلين جديدين
فى وضع الجفوت : الأول ، انه استبدل القفل بالمفصل (اى جعل جفته
بقفل لا بمفصل) ، والثانى انه أطال المسافة الواقعة بين ملوقتى الجفت وبين
المقبض حتى صارت سبعة سنتيمترات حتى يتيسر بذلك تمشيق الملعقتين
بعيداً عن الفرج حتى ولو كان الرأس فى أعلى المضيق العلوى . وتعمل الجفوت
الآن من المعدن ليسهل تعقيمها . ويبلغ طول الجفت ٣٧ سم وقطر الانحناء

الرأسي الملوقة ١١,٢٥ سنتيمتراً (أى أنه قوس من دائرة تخيلية قطرها ١١,٢٥ س). واكبر بُعد بين الملوقتين يبلغ ٨,٥ س ، وأصغر بُعد بين طرفي



(شكل ٢٠٧)

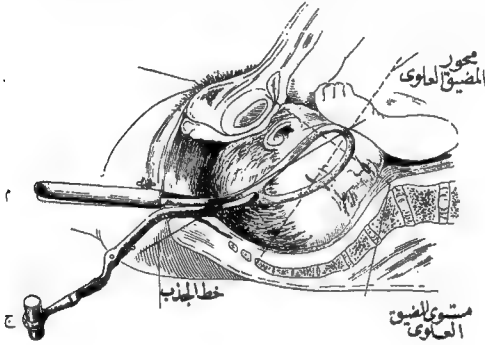
حفت الجذب المحورى (نفل) ه د يشير الى السهم . في استعمال هذا الجفت يلزم أن يكون الجذب على محاذاة الخط المنقط الواصل من حرف م الى مركز ملتقى الجفت .



(شكل ٢٠٨) حفت الجذب المحورى من مارى (داون) .

الملوقة سنتيمتران ونصف وتقوس الانحناء الحوضى قطره ١٧,٥ س . ويتضح الفرق بين الجفوت الطويلة والقصيرة بمقارنته (شكل ٢٠٤ حرف م و ٢٠٨) ومنها نرى أن الجفت ذا الانحناء الحوضى يُمسك الرأس فى وسطه . فإذا كان الرأس فى تجويف الحوض خرج بغير عناء . أما لو كان الرأس فى أعلى المضيق العلوى فلا يكون الجذب فى اتجاه محور الحوض بل فى اتجاه خط بعيد عنده يقع أمام المحور .

وهذا النقص في تركيب الجفت أصلحه تارنيه سنة ١٨٧٧ باكتشافه آلة الجذب المحورى التى يُجذَب بها الرأس فى اتجاه محور الحوض مهما كان مركزه . وقد أُدخل مِلَن مَرى تعديلاً آخر على آلة الجذب المحورى جعلت جفته المرسوم فى (شكل ٢٠٨) أدق جفوت الجذب المحورى . وفى استعمال هذه الجفوت تجب ملاحظة أن المقبض المشار اليه بحرف م (شكل ٢٠٩)



(شكل ٢٠٩)

جفت الجذب المحورى موضوع على الرأس فى نحويف الحوض (مرسوم)
بلاحظ أن خط الجذب متجه الى الامام اكثر من اللازم بقليل .

وهو الذى يستعمل لادخال فرعى الجفت لا يستعمل للجذب ، بل يكون الجذب باستعمال المقبض الآخر المشار اليه بحرف ج الذى يتصل بالموقتين بفرعين منفصلين . وهذان الفرعان مصنوعان بكيفية تجعلهما ، عند الجذب فى اتجاه محور الحوض ، محاذيين تماماً للجزء السفلى للموقتين . وفى نهايتهما السفلى يُركب مقبض سهل الاتصال حرف ج (شكل ٢٠٩) وهو الذى يستعمل للجذب . ولما كان المقبضان الأصليان اى مقبضا التركيب لا يستعملان

للجذب فنمّا لا انفصالهما في وقت الجذب يرگب عليهما بُرغى . ويجب أن يراعى في استعمال هذا البرغى عدم الافراط في تضيقه خوفاً من احداث ضغط مضر على رأس الجنين . ومن مراجعة الأشكال ٢٠٧ و ٢٠٩ نرى أنه سواء كان الرأس في المضيق العلوى أو في التجويف فان الجذب يكون على خط يصل من مقبض الجذب الى منتصف الملوقة . ولكي يكون الجذب في محور الحوض تماماً يشترط أن يكون الجزء العلوى لفرعى الجذب ملاصقاً للجزء السفلى للملوقتين . وفي أثناء الجذب نجد أنه كلما هبط الرأس في الحوض اتجهت مقابض التركيب حرف م الى الأمام وهذا يضطرنا أن نغير اتجاه الجذب لتم الملامسة بين الفروع التي سبق ذكرها . وهذه الطريقة تكون كل قوة الجذب مؤثرة في انزال الرأس ولا تضيق سدّى كما هو الحال عند استعمال الجفت القصير أو الجفت العادى .

واذا اتفق ان لم يكن عند المولد جفت جذب محورى فيمكن تقليد الجذب بطريقة پاچو وهي أن تُمسك المقابض باليد اليمنى وتُجذب الى الأمام، ويُمسك الجزء السفلى للملوقتين في أعلى القفل باليد اليسرى ويُجذب الى الخلف . وهي طريقة أقل دقة بما لا يقاس عن طريقة الجذب المحورى .

ولما كان جفت ملن رى صعب التركيب استنبط نيقل الجفت المرسوم في (شكل ٢٠٧) وهو أسهل منه تركيباً ولكنه أقل دقة .

ومما تجب ملاحظته ان الجفوت المحورية مفروض استعمالها في الحوض الطبيعى ، وذلك لأن كثيراً من مزاياها يزول اذا كان الحوض ضيقاً ، لأن محور الحوض الضيق يكون مخالفاً لاتجاه محور الجذب بالجفت . ويشذ عن ذلك الحوض الضيق في جميع أقطاره .

فوائد الجفت — قد يستعمل الجفت (١) للجذب . (٢) للتصغير .

(٣) لتدوير الرأس الى الأمام . (٤) لمساعدة تخليص الرأس بعمل الحركة التذبذبية .

(١) الجذب — يمكن تعريف الجفت بأنه يد صناعية الغرض منها امساك رأس الجنين ، واخراجه من الحوض ، اذا عجزت القوى الطبيعية للرحم عن ذلك . وعلى ذلك فأنم فوائده هي الجذب .

(٢) التصغير — أما استعمال الجفت بقصد التصغير فلا يخلو من الخطر . وذلك لأننا اذا ركبنا الجفت على القطر المستعرض للرأس وضغطناه بقصد تصغيره يؤول ذلك الى استطالة القطر المقدم الخلفي فتعسر الولادة . واذا طالت مدة الضغط على رأس الجنين يولد مصاباً بالاسفكسيا البيضاء . وفي الأحوال التي يركب فيها الجفت على القطر المقدم الخلفي للرأس تستطيل الأقطار العمودية أى تطول المسافة التي بين القمة وقاعدة الجمجمة فيحدث ضرر بالغ للعنق .

(٣) تدوير الرأس قد يستعمل الجفت أيضاً لمساعدة دوران الرأس الى الأمام في الأوضاع المؤخرية الخلفية . ولكن عمل ذلك يؤدي الى ارتفاع حرف من كل من اللوكتين وانخفاض الحرف الآخر ، فيسبب الحرف المرتفع تمزقاً في أنسجة الأم وينغرس الحرف المنخفض في رأس الجنين .

(٤) الحركة التذبذبية — في بعض الأحوال العسرة التي يستعمل فيها الجفت يلجأ أحياناً الى عمل حركة تذبذبية بتحريك المقابض من الجهة الواحدة الى الأخرى كما يفعل عند اخراج سداة (فلينة) من زجاجة . وهذه الطريقة تساعد التخليص فعلاً . ولكن يجب شدة الاحتراس في عملها خوفاً من تمزيق الأجزاء الرخوة للأم . ويحذر بالطبيب المبتدىء أن يتعمد ما أمكن عن عمل هذه الطرق التي تتطلب تمرناً عظيماً .

ومن الفوائد الثانوية للجفت ان أجزاءه السفلى تمدد الفرج قبل خروج الرأس فيساعد ذلك على تخليصه. ثم ان مجرد ادخال الجفت يحرّض الانقباضات الرحمية .

انتقاء الجفت — يجب في انتقاء الجفت ملاحظة المقاييس التي سبق ذكرها . ويجب الالتفات الى آلة الجذب المحورى . ففي جفت نيفل يُلاحظ أن يكون السهم على خط يصل الى مركز الملقوتين ، ويلاحظ أن لا تكون الأجزاء السفلى للملقوتين (أى الواقعة بين الملقوة والقفل) شديدة الليونة ، لأن ذلك يسبب انزلاق الجفت . ويجب أن تكون حواف الملقوة مسطحة أو محدبة تحديداً قليلاً جداً ، ولكن لا يجوز أن تكون مقعرة . وأحسن الجفوت التي نشير باستعمالها جفت ملن مَرى ، وهو وان كان صعب الاستعمال على المبتدئ لكنه يجذب الرأس في اتجاه محور الحوض دائماً ولو كان الرأس في أعلى المضيق العلوى .

ومما تجب ملاحظته في استعمال جفوت الجذب المحورى انه يمكننا استعمالها مع آلة الجذب اذا كان الرأس في أعلى المضيق العلوى ، كما انه يمكننا استعمالها من غير آلة الجذب اذا كان الرأس في التجويف .

ومن مزايا جفوت الجذب المحورى أننا اذا استعملناها في أحوال لم يَدُر فيها الرأس الى الأمام فلا تتعطل حركة الدوران حتى في أثناء الجذب ، وذلك لأن مقبض الجذب متمفصل مع الفروع المتصلة بالجفت بمفصل عُنَّابى يسمح بدورانه في أى اتجاه . أما اذا استعملنا الجفت العادى فان الجذب المستمر يمنع الرأس من الدوران .

دلائل وضع الجفت — لاستعمال الجفت دلالات لا يُستعمل الآ اذا وُجدت ، وشروط يجب أن تتوفر قبل وضعه والآساءت النتيجة . أما

الأحوال التي تقتضى استعماله وهي التي تسمى دلالات فهي :

(١) إما لمصلحة الجنين . أو (٢) لمصلحة الأم .

فالتى لمصلحة الجنين هي : —

(١) الأحوال التي تأخذ فيها ضربات قلبه في الزيادة تدريجاً حتى تبلغ أكثر من ١٦٠ في الدقيقة ، أو تأخذ في البطء حتى تبلغ أقل من ١١٠ في البرهة بين طلق وآخر .

(٢) الحركات الشديدة للجنين .

(٣) خروج العقي غير مصحوب بسائل امنيوسى في المجيء بالرأس .

(٤) سقوط الحبل السرى .

أما التي لمصلحة الأم فهي : —

(١) بعض أحوال النزف المارضى ، والنزف الناشئ عن الاندغام المعيب للمشيمة .

(٢) اذا طالت مدة الدور الثانى وظهر على المريضة علامات الانحطاط والنهوك .

(٣) التشنجات (الالكسيا) .

(٤) أمراض القلب والكلى والرئة .

(٥) التجمعات الدموية في الفرج .

وستنكم بالاختصار على بعض هذه الدلالات وعلى دلالات اخرى لم تذكر . انما يلاحظ أن وضع الجفت في الأحوال التي ذكرت يجب أن يكون بعد توفر شروط استعماله التي سنذكرها فيما بعد . وسنبداً بذكر دلالة اختلفت فيها الآراء اختلافاً شديداً ، وهي الجنود الرحمى : —

(١) الجنود . اذا كان الجنود أولياً ، أى كان الطلق ضعيفاً من أول الولادة

فلا موجب لاستعمال الجفت ما دام جيب المياه لم ينفجر . لأنه لا يمكن أن يحدث ضرر للأم أو الجنين وجيب المياه سليم . والأفضل في هذه الحالة أن تعطى المريضة حقنة مورفين ٠.٠٢ . لتنام وعند قيامها نجد أن الطلق قد زادت شدته كثيراً . أما إذا تمددت الفوهة الى أربعة أخماس التمدد الكامل فالأفضل جف الجيب بمسبر عقيم لأن صغر حجم الرحم بعد تصريف السائل يساعد على انكماش عضلاته ، واحتكاك الرأس بالعنق يُهيئ الانقباضات الرحمية . فإذا مضت أربع ساعات ولم تنته الولادة ، ورأينا أن الطلق ابتداء يضعف تدريجياً تعطى المريضة حقنة بيتوترين (١ جرام) وتنتهز فرصة اشتداد الطلق الذي يتلوها عادة بعد عشر دقائق أو ربع ساعة ويوضع الجفت . ويجب تحضير الأدوات اللازمة لعمل زرق رحمى ساخن جداً والتحضيرات اللازمة لعمل سدر رحمى اذا حدث نزف مخمولى بعد الولادة .

(٢) تحشر الرأس في الحوض - في بعض الأحوال يكون الرأس كبيراً جداً ومع ذلك يدخل الحوض ويمتد العنق تماماً وينفجر الجيب ويتقدم الرأس حتى يصير على بعد أصبعين من العجان . ولكن بالنسبة لحجمه يتحشر في الحوض بحيث لا تؤثر عليه الانقباضات فلا يعود يندفع الى الأسفل بتأثيرها . ومن ضغطه المستمر على الأنسجة الحوضية تعطل الدورة فتتورم الأنسجة الرخوة للأم التي تكون في أسفل الرأس وتترقق وتصير مؤلمة وتزداد حرارتها . ففي هذه الأحوال لو ترك الرأس طويلاً فإن الضغط المستمر على الأنسجة يفقدها حيويتها وتموت وتسقط فيما بعد فيتخلف عن ذلك النواير البولية . فهذه الأحوال تستدعى سرعة اخراج الرأس . فان كانت ضربات قلب الجنين مسموعة ولم يكن الورم المهبلى كبيراً ولا نبض الأم سريعاً جداً ولم تكن هيئتها تدل على انحطاط قواها فالأفضل تجربة الجفت . أما اذا

كانت الانقباضات متصلة وكان النبض سريعاً جداً وظهر على المريضة القلق الزائد وكان الودم المهبلى بالغاً والمهبل جافاً ومؤلماً ، وبعد التسمع الطويل على البطن لم تسمع ضربات قلب الجنين ، فلا داعى لإضاعة الوقت سدى فى تجربة الجفت والأفضل عمل الثقب أو التفتيت .

ووصول المريضة الى هذه الحالة ينشأ دائماً من خطأ متولى عملية الولادة . ويتدارك ذلك بتقدير حجم الرأس بالجلس البطنى والمهبلى وملاحظة حجم الجزء الموجود فى الحوض والجزء الذى لم ينحسر ، وكذلك بمراقبة تأثير الطلق الشديد على تقدم الرأس . فاذا شخصنا أن حجم الرأس كبير ووجدنا أن جزئه الأكبر دخل الحوض ولكن لم يعد للطلق تأثير عليه نعلم ان الوقت دنا لوضع الجفت واخراج جنين حى . اما لو تركنا هذه الفرصة تمر حدثت الاعراض التى تستوجب التفتيت .

(٣) اندغام المعيب للمهبر — يوضع الجفت فى الأحوال التى يكون فيها الاندغام جانبياً أو حرفياً . ويشترط أن يكون العنق ممتدداً ثلاثة أرباع التمدد التام على الأقل وأن يكون الطلق موجوداً ولكن بدرجة لا تكفى لحدوث الولادة . أما لو كان الطلق قوياً فالأفضل ترك الحالة للطبيعة . أما لو كانت المشيمة مندغمة اندغاماً مركزياً ، أو كان جانب كبير منها مندغم فى العنق فان وضع الجفت وما يستوجبه من الجذب يحدث تمزقات بالغة فى العنق ، وخير منه عمل التحويل القدى .

(٤) سقوط المهبل السرى — عند متكررات الولادة اذا كان العنق ممتدداً الى ثلاثة أرباعه ، وكان الرأس منحسراً ، ووجدنا بجانبه عروة من المهبل السرى ولم تقدر على ردها ، فالأفضل وضع الجفت . أما اذا كانت المريضة بكرية أو كان المهبل ضيقاً والرأس لم ينحسر تماماً والعنق لم يتسع اتساعاً كافياً فالتوليد

بالجفت يأخذ وقتاً طويلاً يكون قد انضغط فيه الحبل لدرجة توقف دورته فيموت الجنين: وإذا أسرعنا في الجذب بالجفت تترقأ نسيجة الأم . والافضل في هذه الظروف عمل التحويل .

(٥) ضخامة الكتفين — في بعض الأحوال يتأخر خروج الرأس بسبب ضخامة الكتفين . وفي هذه الحالة يُجذب الرأس بالجفت . ومتى خرج الرأس وهبطت الكتفان قليلاً يُساعد على خروجهما اتباع الطريقة التي ستذكر عند الكلام على ضخامة الكتفين .

(٦) تأخر خروج الرأس بعد ولادة الجسم في المهبلي بالمقعدة — اذا جربنا الطرق العادية ولم يخرج الرأس فالأفضل وضع الجفت بعد رفع جسم الجنين على بطن أمه .

وفي كل الأحوال يجب قبل الالتجاء الى وضع الجفت أن نعيّن بالضبط السبب الذي أدى الى طول الدور الثاني . وفي أكثر من ٩٠ ٪ من الاحوال نجد أن السبب هو : —

(١) الخمود الرحمي .

(٢) الأوضاع المؤخرية الخلفية عند ما تتأخر الحدة المؤخرية عن الدوران الى الامام .

(٣) صلابة العجان عند بكريات الولادة المتدمات في السن .

وفي ١٠ ٪ من الأحوال يكون السبب : —

(١) ضيق الحوض .

(٢) كبر حجم الرأس .

(٣) انحراف وضع الرحم ، مثل ميله الشديد للأمام بسبب ارتخاء

جدر البطن .

(٤) عدم دوران الذقن الى الامام فى المجرى بالوجه فى الوضع الأول والثانى .
وإذا كان الرأس قد دخل فى الجزء السفلى للتجويف الحوضى ولم تتم الولادة
فالعالب ان السبب خمود الرحم أو صلابة العجان . أما خمود الرحم فقد تكلمنا
عنه . وأما صلابة العجان فاما ان تعالج بوضع الجفت أو بعمل شقوق جانبية
فى الفرج وهو الأفضل . ويندر أن يكون سبب حجز الرأس فى تجويف
الحوض ضيق المضيق السفلى . ويحدث ذلك فى الحوض القمعى .

أما اذا حجز الرأس فى الجزء العلوى للتجويف وكان الطلق قوياً فاما
أن يكون السبب ان الوضع مؤخرى خلفى ولم تدر الحدة المؤخرية الى
الامام ، واما أن يكون السبب عدم تناسب بين حجم الرأس والحوض
فى الحالة الأولى لا تتكوّن حدة دموية كبيرة ويكون الرأس سهل الحركة ،
وفى الحالة الثانية تتكوّن حدة دموية كبيرة على الجزء الآتى به الجنين ولا
يسهل تحريك الرأس أى انه يكون متحسراً . وعلى ذلك فاذا شاهدنا ازدياداً
كبيراً فى حجم الحدة الدموية يجب الالتفات الى حجم الحوض . وفى أغلب
هذه الأحوال لا يدعى الطبيب الا بعد انفجار جيب المياه وتقدم المخاض
بحيث يكون الرأس محسوراً فى الجزء العلوى للحوض بدرجة تجعل عمل قياس
الحوض مستحيلاً . وفى هذه الحالة يمكن الاستدلال على مقدار عدم التناسب
بين الرأس والحوض بملاحظة حجم الحدة الدموية ، ومقدار تراكب العظام
بعضها فوق بعض . فاذا وجدنا أنه بالرغم من وجود تراكب شديد فى العظام
لا يزال الجزء الأكبر للرأس غير منحسر فى الحوض فالعالب ان الولادة
بالجفت لا تنجح . واذا جربنا وضع الجفت وبعد الجذب مرتين أو ثلاث مرات
وجدنا ان الرأس باق فى مكانه فالأفضل عدم اصاعة الوقت سدّى بل تلجأ
الى طرق أخرى مثل عملية قطع عظم العانة . ولا يجوز الالتجاء الى عمل

التحويل بعد تجربة وضع الجفت الا اذا كان عدم التناسب قليلاً وكان الحوض ضيقاً في قطره المقدم الخلفي فقط ، وكان باقياً من السائل الأمنيوسي مقدار كبير. لأنه ان لم يكن السائل موجوداً فالخوف من تمزيق الرحم كبير. واذا كان الضيق شديداً فلا فائدة من التحويل لأننا سنضطر حتماً الى التفتيت وبدلاً من تفتيت الرأس بسهولة قبل عمل التحويل نضطر الى تفتيته بعد ولادة الجسم وهي عملية أصعب بكثير من الأولى .

شروط وضع الجفت - (١) يجب أن يكون جيب المياه قد انفجر وأن تكون الفوهة الظاهرة ممتدة تمداً كافياً لخروج الرأس لأنه اذا لم تكن الفوهة متسعة بحيث تقبل خروج الرأس بسهولة فإن وضع الجفت والجذب به يستلزمان تمزيق العنق . ومتى حدث تمزق في العنق مهما كان صغيراً فإن خروج الرأس وباقي الجسم يزيدان التمزق حتى أنه قد يشمل الشريان الرحمي ويؤدي الى نزف قاتل . وهناك بعض أحوال نادرة جداً تقتضى وضع الجفت قبل تمدد العنق تماماً (نصف تمدد) . وفي هذه الحالة يُجذب الجفت بمنتهى الرفقة حتى يسمح للعنق بأن يتمدد تدريجياً . وربما طال زمن الجذب الى ساعة أو اكثر .

(٢) يجب أن يكون الجنين آتياً بالقمة أو باليا فوخ الخلفي . واذا كان الجنين آتياً بالوجه يجب أن يكون الذقن قد دار الى الأمام وعجز الطلق عن اتمام الولادة . أما في المجهىء بالحاجب فلا يجوز وضع الجفت الا اذا دارت الجبهة الى الامام ولم تفلح الاتقباضات في اصلاح المجهىء .

(٣) أن يكون اكبر قطر للرأس قد دخل الحوض . لأننا اذا حاولنا تخليص الرأس بالجفت قبل أن يدخل اكبر قطر في المضيق العلوى نجد صعوبة كبرى في التخليص حتى ولو استعملنا جفت الجذب المحوري وكان

الحوض طبيعياً. لأننا عندما ندفع الجفت الى أعلى المضيق العلوى يغلب جداً أن نجذب الرأس في اتجاه مخالف لاتجاه محور المضيق العلوى فيضيع جزء كبير من قوة الجذب بلا فائدة. وذلك لأن الرأس يندفع على العظم العائى وقت الجذب. ثم انه كثيراً ما يحدث ان في الأحواض الضيقة ينحسر الرأس بواسطة عدم التزامن المقدم فيمبط العظم الجدارى المقدم أولاً ويرتكز على العانة ثم ينزلق العظم الجدارى الخلفى ويتم انحسار الرأس في الحوض. فاذا اتفق ان وضعنا الجفت قبل تمام هذه الحركة يتمطل الانحسار لأننا سنجذب الرأس قبل انزلاق العظم الجدارى الخلفى.

(٤) ان تكون الاقباضات الرحمية حادثة بانتظام وبقوة تكفى لانكماش الرحم بعد الولادة وذلك اتقاء لحدوث نزف مخموى بعد الولادة. ولكن هناك أحوالاً سبق الكلام عليها يستحسن فيها وضع الجفت بالرغم من وجود المخمود الرحمى.

(٥) أن تكون المثانة خالية من البول، والمستقيم خالياً من المواد البرازية. *تهيئة العليلة للمعملية* — تقطّر المثانة ويمعمل للمريضة حقنة شرجية اذا كان قد أهمل اخلاء المستقيم من المواد البرازية. وتُحلق العانة والشفران ويُغسل الفرج جيداً بالقطن ومحلول الليزول بعد سد الفوهة برفادة اسفنجية معقمة. ثم يُعمل زرق مهبلى بلترين من محلول الليزول. ويُكثف الى تنظيف ثنياته وردوبه. وفي هذه الاثناء يكون قد تم تحضير الآلات وزوجين من الكفوف بتعيمها جيداً بالغليان ثم بوضعها في محلول ليزول ١٪ الى حين استعمالها. *تخمير المريضة* — يندر أن يستعمل الطبيب المتمرن أى مخدر اذا كان الرأس في الحوض. ولكن اذا كان الرأس لم ينحسر فالأفضل تبنيج العليلة بالكلاوروفورم الى أن يتم وضع الجفت. وعند البدء بالجذب يوقف اعطاء

الكلوروفورم الآ بمقادير صغيرة جداً عند الافتضاء . لأن الكلوروفورم يؤثر تأثيراً سيئاً على الطلق فيضعفه ، ويؤخر انكماش الرحم في الدور الثالث . وفي أحوال الاكلسيا يستحسن أن يكون التبنيج بالأثير لا بالكلوروفورم .
وضع العلية وقت تركيب الجفت - تضعع المريضة على حرف السرير بالعرض ويكلف مساعدان بامساك ساقيها وتبعيدهما . وان لم يتيسر وجود مساعدين توضع الأقدام على كرسيين حتى يسهل تخفيض قابضة الجفت عند الجذب . وتمطى ساقاها بالفوط المعقمة . وتوضع فوطة معقمة فوق البطن وأخرى تحت الاليتين .

وضع الجفت - يبدأ بفحص المهبل أولاً وذلك بأن تُدخَل فيه اليد كلها ماعدا الإبهام . ثم يبحث عن عنق الرحم للتأكد من انفتاح الفوهة تماماً . ثم يبحث عن التداريز واليوافخ للتأكد من تشخيص الوضع . واذا كانت الحدة الدموية كبيرة بحيث لا تسمح بالاحساس بالتداريز يبحث عن الأذن . فالجهة التي يوجد فيها تحديب الأذن هي الخلفية . فاذا وجدنا أن الحدة المؤخرية متجهة الى الوراء نمسك الرأس بيدنا ونديره الى الأمام . فاذا لم يدُر الى الأمام يُراقب حدوث الدوران وقت الجذب بآلة الجذب المحورى لمساعدته قليلاً . واذا وجدنا العنق غير متمدد تمدهد كافيًا نمدده إما بالاصبع أو بممدد فرومر ان أمكن ادخاله ، أى اذا لم يكن الرأس هابطاً في العنق ومنطبقاً عليه تمام الانطباق . فاذا وجدنا جيب المياه لم ينفجر نفجره بمسبر عقيم . ثم نبحث عن درجة انخسار الرأس فان وجدناه في الجزء السفلي لتجويف الحوض نضع الجفت بغير آلة الجذب المحورى أما اذا كان الرأس في أعلى المضيق العلوى أو اذا لم يتعدّه الآ قليلاً يركب الجفت ثم آلة الجذب المحورى .

ولتركيب الجفت طريقتان : — فى الأولى يوضع الجفت على القطر المستعرض للحوض بغير ملاحظة وضع الرأس . وفى الثانية يوضع على جانبي الرأس بحيث يكون القطر الأكبر للملوقتين (أى الواصل من مركز الملوقتين الى قابضة الجفت) مقابلًا للقطر فوق المؤخرى الذئفى للرأس فى المجرى بالقمة : وهذه الطريقة وان كانت أدق من سابقتها ولكنها أصعب . والمشاهد دائما هو أننا اذا وضعنا الجفت على القطر المستعرض للحوض وكانت الحدبة المؤخرية لم تدر للأمام أى كان القطر المقدم الخلقى للرأس شاغلاً القطر المنحرف للحوض فكثيراً ما نجد أن الجفت بعد تمشيقة ينزلق على الرأس بحيث يمسكه فى قطره المستعرض . وأما اذا كانت الحدبة المؤخرية قد دارت الى الأمام فان الجفت الموضوع على القطر المستعرض للحوض يُمسك جانبي الرأس من أول الأمر فالفرق بين الطريقتين بسيط . وفوق ذلك فانه اذا كان الحوض مفرطحاً وكان القطر المقدم الخلقى للرأس شاغلاً للقطر المستعرض للحوض فان وضع الجفت على القطر المستعرض للحوض يُمسك الرأس فى قطره المقدم الخلقى ، وهذا أحسن وضع لروده من المضيق العلوى .

طريقة تركيب الجفت — (١) تركيب جفت الجرب المحورى على القطر المستعرض للحوض . يُمسك الفرع الأيسر للجفت باليد اليسرى كما يُمسك القلم . وتوضع أصابع اليد اليمنى فى المهبل ما عدا الابهام وتدفع الى الأعلى جهة تقعر العجز . ويبحث عن العنق . فان لم يحس به يكون قد ارتفع فوق الرأس . وان وجدنا حافته نضع الأصابع بينها وبين الرأس اتقاء لوضع الجفت على العنق وتمزيقه وقت جذب الرأس . ثم يدخل الفرع الأيسر ويلاحظ عند ادخاله أن يُدأ بوضعه عمودياً على الفرج . ثم تُمال قابضته فى اتجاه السرة ليُسمح للملوقه بدخول المهبل . ثم تهدى الملوقه على اليد التى فى المهبل وتوجه أولاً الى

الوراء جهة تعمير العجز ثم الى الأعلى الى أن تنطبق على الرأس تماماً . ودفعها الى الأعلى يقتضى تخفيض القابضة الى الأسفل والوراء حتى ترتكز على العجان . وقد يتفق فى ادخال الملوقة ان حرفها يرتكز على فروة الرأس بشكل زاوية فتدفع جلد الفروة امامها . فان حدث ذلك نُحْرَج قليلاً ثم تدخل ثانية . وقد يحدث أيضاً ان الملوقة لا تنطبق على الرأس فان حدث ذلك يجب اخراجها ثم اعادة ادخالها . ولا يجوز استعمال أى شدة فى اصلاح وضعها والآ عرَضنا أنسجة الأم للتمزق . ومتى دخل الفرع تماماً تكون الملوقة فى الجهة اليسرى للحوض والقابضة متجهة نحو الفخذ الأيمن للأم ، ويكون فرع الجذب المحورى المركب عليها متديلاً الى الاسفل . ثم يؤمر مساعد بامساك الفرع الذى أدخلناه . وان لم يتيسر وجود مساعد يُسند الفرع على ظهر اليد التى ستستعمل لهداية النصف الايمن للجفت . ثم يمسك النصف الايمن للجفت باليد اليمنى ويدخل كسابقه مهندياً على اليد اليسرى . ويجب أن يُرْفَع فرع الجذب المحورى المتصل به الى الأعلى وقت ادخاله لسهولة تركيب الجفت . ومتى دخل نصفاً الجفت يُخَفِّضُ فرعاً الجذب المحورى الى الاسفل ويكلف أحد المساعدين بحفظهما فى هذا الوضع حتى يتم التعشيق . واذا كان نصفاً الجفت قد أدخلنا باعتماد لا نجد أى صعوبة فى تعشيقهما . واذا وجدت صعوبة فالأغلب أن الحدة المؤخرية تكون متجهة الى الوراء . وفى هذه الحالة يُخْرَجُ الجفت ويعاد تركيبه على الفطر المنحرف . ولا يجوز الاستعانة بالقوة على تعشيق الجفت فان ذلك يحدث تمزقات شديدة فى الأجزاء الرخوة للأم ويحدث ضرراً شديداً لرأس الجنين . ومتى تعشق الجفت ندخل أصبعاً فى المهبل للتأكد من أن الجفت مركب على الرأس فقط وان العنق خارجه . ثم نجذب الجفت باليد الأخرى لئلا نرى اذا كان ممسكاً الرأس جيداً . فاذا وجدنا

بعد جذب الجفت أن ثلث الملوقة صار في أسفل الرأس وانه يزيد بالجذب ، فهذا دليل على ان الجفت لم ينطبق على القطر الأكبر للرأس وانه سيزلزل .
والواجب في هذه الحالة أن نرفع الجفت ونعيد تركيبه ثانية ، محترسين في هذه المرة أن ندفعه في الحوض الى أعلى مما دفعناه في المرة الأولى . واذا وجدنا بعد التمشيق ان قابضتي الجفت تنطبقان بعضهما على بعض بغاية السهولة فأما أن يكون الرأس صغيراً جداً أو نكون قد أمسكناه في أصغر أقطاره .
أما اذا وجدنا صعوبة في تربييهما فالغالب اننا أمسكناه في أكبر أقطاره .
واذا كان البعد بينهما كبيراً فالغالب أن الرأس كبير . أما اذا كان البعد كبيراً جداً فالغالب انه يوجد استسقاء دماغي .

وبعد تمشيق الجفت تثبت البرغي بدون افراط في التضييق لكي لا يحدث ضغط على الرأس . وبعد ذلك نوصل فرعي الجذب الواحد بالثاني ونركب عليهما قابضة الجذب كما هو موضح في (شكل ٢٠٩)
ملحوظة — لا يجوز ادخال نصف الجفت الأيمن قبل الأيسر لأن قفل التمشيق مصنوع بكيفية تستوجب أن يكون الفرع الأيسر فوق الأيمن .
مذب الرأس — تجب ملاحظة النقاط الثلاث الآتية في استعمال جفت الجذب المحوري وهي : —

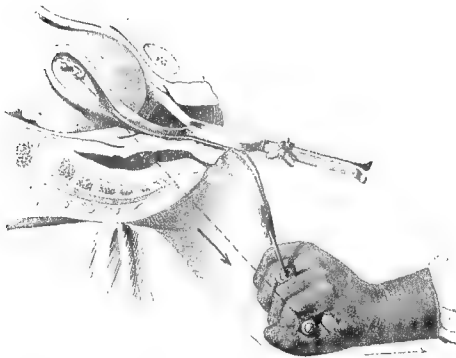
- (١) أن يبقى الجزء العلوى لفرعي الجذب ملاصقاً للجزء السفلى للملوقتين طول مدة الجذب لأن ذلك يدل على اننا نجذب في اتجاه محور الحوض .
- (٢) أن يكون الجذب في برهة الاتقباضات الرحمة فقط وأن يوقف في الفترة بين الاتقباضات .
- (٣) أن يُرَخَّى البرغي (البريمة) في الوقت الذي لا نجذب فيه وذلك لمنع الضغط المستمر على الرأس .

اتجاه الجذب - (١) في الأحوال التي يكون فيها الرأس في الحوض فنجذب أولاً الى الأسفل ، ومتى هبط الرأس تحرّك مقابض التركيب من نفسها الى الأمام فيجب حينئذ توجيه اتجاه الجذب الى الأمام حتى تبقى فروع الجذب ملاصقة للملوكتين . وإذا كان حجم الرأس واتساع الحوض طبعيين فإن جذب الجفّت بأصبعين يكفي لإخراج الرأس في مدة وجيزة . وإذا دار الرأس في أثناء الجذب حتى صار القطر الموضوع عليه الجفّت شاغلاً للقطر المقدم الخلفي للحوض يجب أن يرفع الجفّت ويماد تركيبه ثانية خوفاً من أحداث غزقات في الفرج . ومتى وصل الرأس للفرج يُرفع الجفّت ويولد الرأس كالمادة . وعند رفع الجفّت يُرفع مقبض الجذب أولاً ثم يُرخى بُرغى التثبيت وتفصل فروع الجذب بعضها من بعض وبعد ذلك نُخرج نصفى الجفّت مبتدئين بالأيمن .

(٢) إذا كان الرأس في الجزء العلوى لتجويف الحوض تعمل مقارنة دقيقة بين حجم الرأس واتساع الحوض ، لأنه إما أن يكون سبب تأخر نزول الرأس ضعف الطلق ، أو ضيق الحوض . وقبل وضع الجفّت نلاحظ حجم الحدة الدموية المصلية ، ودرجة تراكم العظام بعضها على بعض . ثم يُعَيّن مقدار ما انحسر من الرأس وما بقى منه فوق المضيق العلوى بطريقة مولر التي ستذكر فيما بعد . فإن وجدنا أملاً في تخليص الرأس بالجفّت وضعناه والّا التجأنا الى طرق أخرى . وفي أغلب الأحوال التي يكون فيها الرأس عاليًا في الحوض يصعب على المبتدئ تركيب الجفّت ويكثر انزلاقه . فإذا حدث ذلك تُدفع الفروع الى الأعلى وقت تركيبها وتطبق على الرأس جيداً . وإذا وجدنا أن المؤخر متجه الى الوراء وهو كثير الحدوث في هذه الأحوال ، نعلم ان هذا هو سبب الانزلاق فنعدل وضع الرأس أولاً .

(٣) إذا كان الحوض ضيقاً وكان الضيق مقتصرًا على القطر المقدم

الخلقى فالغالب أن الرأس يكون منحسراً في القطر المستعرض وفي هذه الحالة
نضطر لوضع الجفت على القطر المقدم الخلقى للرأس . ووضع الجفت على هذا
القطر يحدث ضرراً لرأس الجنين لأنه يسبب استطالة في الأقطار العمودية
للرأس ، ولكنه لا يحدث استطالة في القطر الجدارى الجدارى . ولذلك فإن
الولادة لا تتمتع ولكن يتعرض الجنين لبعض الخطر من حدوث الاسفكسيا .
وليس من الصواب محاولة امساك الرأس في أى قطر آخر لأن ذلك يجعل
جذبه عسراً جداً .



(شكل ٢١١) (ايدن)

جفت الجذب المحورى والمريضة في وضع ولحر . وهو بين الاتجاه الذى يجذب فيه الجفت
ومما يساعد على تخليص الرأس في الحوض الضيق أن تولد الرأس
والمريضة مضجعة في وضع ولحر (شكل ٢١١) . وفي هذا الوضع تضجع المريضة
على ظهرها بحيث ترتكز أليتها على حرف السرير مرفوعة على مخدة صلبة .
ويجب أن يكون السرير مرتفعاً لدرجة تكفى لتدلى الأطراف السفلى بحيث

لا تلامس القدمان الأرض . وتدلية القدمين بهذه الكيفية يجذب الجزء من الحوض المكوّن من الحرقفتين (المظمين اللذين لا اسم لهما) الى الأسفل بقدر ما يسمح لين الارتفاقات المجزية الحرقفية الذى يحدث وقت الحمل . وبهذه الكيفية يُصبح الارتفاق العانى أوطأ مما كان قبلاً فيزيد طول القطر



(شكل ٢١٤) وضع وحر (نمودى) .

المقدم الخلفى للحوض من ثمانية مليمترات الى سنتيمتر وربع . وهذا الاتساع يساعد على تخليص الرأس . ولكن لما كان هذا الوضع متعباً جداً للمريضة فالواجب أن يوضع كرسيان بجانبها لتسند قدميها في الفترة بين الطلق . أما وقت الطلق فتُرفع الكراسي ويبدأ يجذب الجفت . وبالنسبة لتغير محور المضيق المُلوى يجب أن يجلس المولّد على مخدة على الأرض ويجذب الى الوراء . ومتى زال الطلق يوقف الجذب وتضع المريضة قدميها على الكرسي وهكذا دواليك الى أن يدخل الرأس الحوض فتُرجع المريضة الى الوضع الظهري الأول . ويؤمر مساعداً بامساك الأطراف السفلى ، وتتم الولادة

كالعادة . وفي الغالب أن الرأس متى دخل الحوض يدور الى الأمام فإذا حدث ذلك يُرْفَع الجفت ويركَب ثانيةً خوفاً من اخراج الرأس في وضع منحرف .

أما في الضيق العمومي للحوض فإن وضع ولحز لا يساعد كثيراً لأن الأقطار جميعها ضيقة . وفي الحوض القمعي تكون الصعوبة في خروج الرأس في المضيق السفلي لا في العلوي . وفي هذه الحالة يحتال على توسيعه بأن توضع تحت إِيَّيَّ المريضة مخدة مرتفعة أو اثنتان ، أو تؤمر المريضة بالنوم على جانبها الأيسر (وضع سمن) في وقت الجذب .

طريقة استعمال الجفت العادي — لا تختلف طريقة وضع الجفت العادي عن وضع الجفت المحوري الآتي أنها أبسط منها جداً لعدم وجود فروع جذب



(شكل ٢١٣) جفت بارتر العادي (داون)

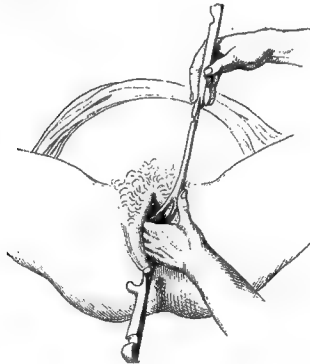
تعميق المولّد . ويُتَّبَع في ادخاله نفس الشروط والاحتياطات التي ذكرت قبلاً . وفي أثناء الجذب يحترس من الضغط الشديد على قابضتي الجفت خوفاً من احداث ضغط مضر على الرأس . ويجب أن نفسح بين قابضتي الجفت في الفترة بين الطلقات . وفي أثناء الجذب تستعمل يد واحدة فقط . أما في الأحوال الصعبة فنستعمل اليدين واحدة لجذب المقابض الى الأسفل والأخرى لجذب القفل الى الورا . وإذا كان الرأس عالياً في الحوض يجذب الى الأسفل والورا . ومتى دخل الرأس الحوض يُجذَّب الى الأسفل فقط . ومتى هبط

الرأس واقترَب من الفرج يُجذَّب الى الأسفل والأمام . وفي برهة خروجه من الفرج يُجذَّب الى الأمام فقط . ومتى تخلص جزء من الرأس يُرْفَع الجفت لأن وجوده يسبب اتساعاً في الفوهة أكبر مما لو تخلص الرأس وحده . وربما حدث تمزق في العجان أو في جهة البظر من ضغط فصله .



(شكل ٢١٤)
ادخال اللقمة الاولى

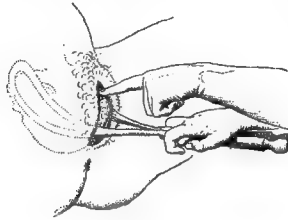
في الميئآت المؤخرية الخلفية - في هذه الأحوال يكون تخلص الرأس متعباً جداً ويستوجب جذباً شديداً . وإذا دار الرأس في أثناء التخليص يُرْفَع الجفت ويركب ثانياً .



(شكل ٢١٥) ادخال اللقمة الثانية

وإذا لم يدُرْ تجب ملاحظة جذب الرأس الى الأمام وقت خروجه الى أن تخرج الحذبة المؤخرية من العجان ثم تترك الحالة للطبيعة حتى ينزلق الوجه . في الميئآت باليوم - لا يوضع الجفت إلا إذا طالت مدة الولادة وأصبح

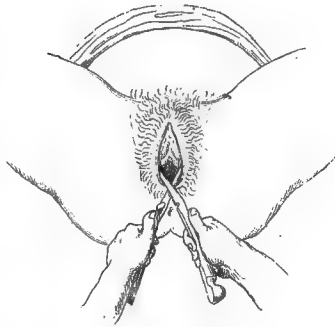
الجنين في خطر، أو اذا حدث سخود رحي . ويشترط في وضعه أن يكون الذفن قد دار الى الأمام . أما اذا لم يدُر الذفن ولم تُفْلَح في إدارته فمن الجائز تجربة وضع الجفت قبل عمل التفيت ولو أنه غالباً ما يموت الجنين من ضغط الجفت على حنجرتة .



(شكل ٢١٧) جذب الرأس الى أسفل



(شكل ٢١٨) جذب الرأس الى الأمام



(شكل ٢١٦) التشيق

في المجيء بالخاجب — لا يجوز في المجيء بالخاجب أن يوضع الجفت لأنه كثيراً ما يتحول الى مجيء بالقمة أو بالوجه . ولكن اذا انحسر الرأس

والمجىء لا يزال بالحاجب ودارت الجهة الى الأمام فن الجائز تجربة وضع الجفت .
فى المجىء بالمقعدة — اذا لم يسهل اخراج رأس الجنين فى المجىء بالمقعدة
بالطرق العادية وكان المؤخر متجهاً الى الأمام يرفع الجنين على بطن أمه
ويوضع الجفت العادى . وعادة يكون التخلص سهلاً إلا اذا كان الرأس



(شكل ٢١٩) وضع الجفت على الرأس عند صعوبة تخليصه فى المجىء .
بالمقعدة — السهم بين اتجاه الجذب . (دى لى)

منبسطاً . أما اذا كان المؤخر للخلف فيُدفع الجنين الى الوراء . ويوضع الجفت
أمام جسمه وفى الأحوال التى يبقى فيها الرأس أعلى المضيق العلوى بعد ولادة
الجسم يصعب جداً تخليصه بالجفت .

انقطاع الجفت — اذا اتَّخِذَت الاحتياطات الوافية فى التطهير، وكان العنق
متمدداً بالكفاية ، وكان حجم الرأس واتساع الحوض طبيعيين ، فلا خطر

مطلقاً من استعمال الجفت . ولكن اذا أُهْمِلَت الاحتياطات التي ذكرناها فقد ينشأ عن وضع الجفت مضار كثيرة للآم وللجنين أما مضار الأم فهي :

(١) تمزق الرحم والفتق — أما تمزقات الفتق فتنشأ من استعمال



(شكل ٢٢١)
يوضح كيفية تمزيق الاعصاب
عند منشأها في الجبل الشوكي
الاصابة التي تحدث من الجذب الشديد هي الشلل المسى بشلل ارب .

الجفت قبل تمام اتساع الفوهة الظاهرة . وتمزقات المهبل تنشأ من انزلاق الجفت ومن الجذب السريع خصوصاً عند البكريات ، ومن عدم تغيير وضع



(شكل ٢٢٢) رسم صوري يوضح الانسجة التي تصاب
عند استعمال شدة في تخليص الرأس (دى لى)

- ١ — العضلة الاخمية الوسطى Scalenus Anticus
- ٢ — المقدمة
- ٣ — الخلفية

الجفت اذا تم دوران الرأس في الاوضاع المؤخرية الخلفية .

(٢) مبروت زرف بعد الولادة — يكثر حدوث النزف اذا أُخرج

الجنين بسرعة زائدة أو إذا لم يوجد طلق وقت التخليص .
أما المضار التي قد تحدث للجنين فهي : —



(شكل ٢٢٣)

تمزق المنق بعد الولادة بسبب وضع الجفت قبل تمدد المنق .

- (١) كسر عظم من عظام الجمجمة ، وحدوث أنزفة في تجويفها ، فينشأ عن ذلك اسفكسيا تنتهي غالباً بوفاة الجنين :
- (٢) شلل العصب الوجهي (شلل بلّ) .
- (٣) حدوث تجمع دموي بين عظم من عظام القبة وسمحافه .

التحويل

هو عملية الغرض منها استبدال مبعي بمبعي آخر وهو على نوعين : —

(١) التحويل الرأسى .

(٢) التحويل المقعدى .

(١) التحويل الرأسى — ويقصد به تغيير المبعي الذى يكون الجنين

آتياً به الى مبعي بالرأس . ويفعل متى توفرت الشروط الآتية : —

(١) اذا لم تُرد سرعة الولادة . (٢) اذا لم يوجد فى الحوض ما يمنع

انحسار الرأس . (٣) اذا لم يكن الجزء الآتى به الجنين منحسراً .

طرق عمله — يمكن عمل التحويل الرأسى باحدى طريقتين : —

(أ) بالحركات الخارجية . (ب) بالحركات الداخلية والخارجية .

(أ) التحويل الرأسى الخارجى — يشترط لنجاحه أن تكون جدر

البطن مرتخية وجيب المياه سليماً ، وأن لا يكون الطلق شديداً ومتواتراً . فان

لم يتوفر ارتخاء جدر البطن أو كان الطلق متواتراً فالواجب أن تحذر المريضة

تحديراً تاماً بالكولور فورم الى أن يرتخى بطنها وعندئذ يفحص الرحم

لتشخيص وضع ومبعي الجنين . ثم يُبحث عن الرأس ويدفع دفعات متتالية

فى أفصر اتجاه يوصله الى المضيق العلوى . وفى الوقت نفسه تُدفع المقعدة الى

الجهة المقابلة . ومتى وصل الرأس الى المضيق العلوى يجب أن توفق أقطار جذع

الجنين وأقطار الرحم الطولية والآعاد الجنين الى وضعه المعيب . ثم يُحاول بعد

ذلك حشر الرأس فى الحوض ثم الضغط على قاع الرحم حتى ينثنى جذع

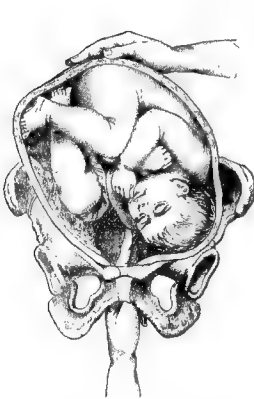
الجنين ويأخذ الوضع الطبيعى . فاذا وجدنا بعد عمل ذلك أن الفتوة الظاهرة

متمددة تمدداً كافياً نمرق جيب المياه ونحفظ الرأس فى وضعه الجديد بوضع

محورتين سميكتين . طويتين بعضهم على بعض واحدة عن يمين الرحم والأخرى

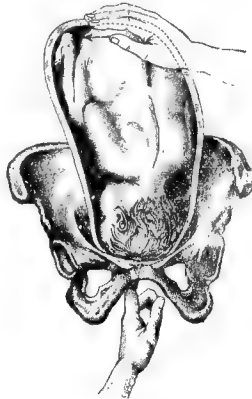
عن يساره ثم يربط البطن برباط متين. ومن المهم ملاحظة عدم عمل التحويل الرأسى قبل بدء الولادة خوفاً من عودته الى وضعه القديم. ومما يساعد كثيراً على عمل التحويل أن يُعمل والمريضة فى وضع ترنديلنبيرج خصوصاً لو كان الوضع مستعصماً ولم يبدأ المخاض، أو لو كانت الوالدة بكريه وكان المجهى بالمقدمة وأريد تحويله الى مجيئ بالرأس قبل المخاض.

(ب) التحويل الرأسى المزدوج — يفعل التحويل المزدوج إما قبل تمزق جيب المياه أو بعد تمزقه مباشرة. وطريقة عمله هى أن يُدخل المقدار الكافى من اليد الى داخل المهبل ويدفع الجزء الآتى به الجنين الى أعلى المضيق العلوى فى الجهة المقابلة للجهة التى بها الرأس. فاذا كان الرأس فى الجهة اليمنى للام تستعمل اليد اليسرى والعكس بالعكس. أما اليد الأخرى فيضغط بها على الرأس من الخارج مثل ما يفعل فى التحويل الخارجى.



(شكل ٢٢٥)

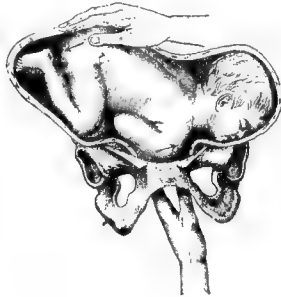
تقدم التحويل المزدوج (جلايين)



(شكل ٢٢٤)

بدء التحويل القدى المزدوج (جلايين)

- (٢) التحويل المقعدى — هو عملية الغرض منها تحويل المبعىء الأسمى الى نوع من أنواع المبعىء بالمقعدة وبالأخص المبعىء بالقدم .
- دلائل عمده — يفعل التحويل المقعدى فى الأحوال الآتية : —
- (١) فى الأحوال المعيبة للمبعىء بالرأس مثل المبعىء بالوجه والحاجب ، وفى عدم التزامن الخلقى .
- (٢) فى بعض أحوال سقوط الحبل السرى .
- (٣) فى أغلب أحوال الاندغام المعيب للمشيمة .
- (٤) فى بعض أحوال ضيق الحوض ، وهى الحوض المفرطح اذا لم يكن الضيق كبيراً .
- (٥) فى المبعىء المستعرض الذى لم يمكن فيه عمل التحويل الرأسى .
- (٦) اذا كان العنق متمدداً الى ثلثيه وكان الحوض طبيعياً وظهرت أعراض خطرة للام أو الجنين استوجبت سرعة الولادة .



(شكل ٢٢٦) تقدم التحويل القدى المزدوج (جلايين)

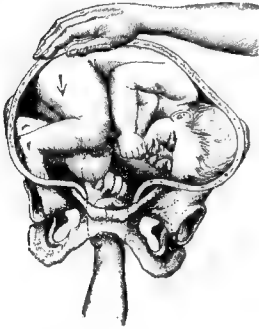
- طرق عمده — لعمله ثلاث طرق :
- (١) بالحركات الخارجية فقط اذا لم يُرد انزال قدم .

(٢) بالحركات الخارجية والباطنية المزدوجة .

(٣) بالحركات الباطنية .

(١) التحويل القدمى الخارجى - يشترط لنجاحه ارتخاء جدر البطن وسلامة جيب المياه وعدم انحسار الجزء الآتى به الجنين . ويفعل بنفس الطريقة التى يفعل بها التحويل الرأسى انما تُدفع المقعدة الى المضيق العلوى ويدفع الرأس الى الجهة المقابلة .

(٢) التحويل القدمى المزدوج - ويفعل على الأخص فى الاندغام المميب للمشيمة . ويشترط لعمله أن تكون جدر البطن مرتخية والأغشية سليمة والجزء الآتى به الجنين غير



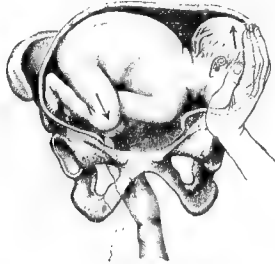
(شكل ٢٢٧)

التحويل القدمى المزدوج . امسك القدم .

منحسر والفوهة الظاهرة ممتدة الى حد أن تقبل دخول أصبعين على الأقل . ويجب فى هذه الاحوال اعطاء الكلوروفورم لانه اذا حزقت المريضة فقد يسقط الحبل السرى . ومتى نامت المريضة تحت الكلوروفورم توضع على حافة السرير بالعرض ثم يشخص وضع الجنين ويحول بالحركات الخارجية الى مبعى .

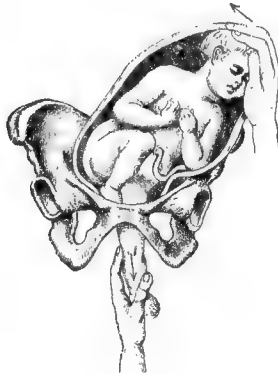
مستعرض . ويجب فى تحويل الجنين ملاحظة أن ظهره يكون مواجهاً للقاع وبطنه مواجهاً للمضيق العلوى . فاذا فعلنا ذلك نجد القدم قريبة من الفوهة الباطنة . وبعد ذلك ندخل اليد كلها فى المهبل ونمزق الأغشية وباليه الأخرى نضغط المقعدة الى الأسفل حتى تتمكن اليد التى فى المهبل من امسك قدم

واخراجها من المهبل . وهذا العمل سهل جداً اذا كانت الفوهة متمددة تمّددًا
كافيًا . ولكن في بعض الأحوال قد تكون الفوهة متمددة تمديدًا يسمح
بقبول أصبعين أو بمرور قدم فقط ، ولكن لا تسمح بمرور أصبعين و قدم



(شكل ٢٢٨) التحويل المزدوج . امساك القدم ودفع الرأس الى القاع (جلايين)

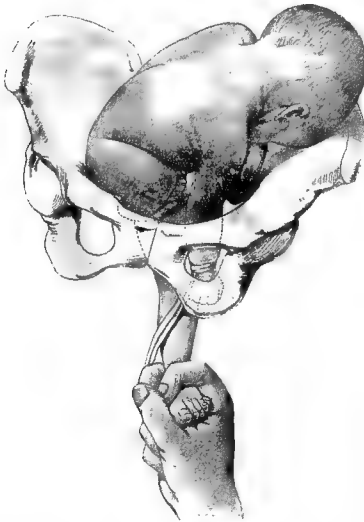
معًا . ففي هذه الأحوال يدخل أصبعان الى الرحم ويمسك القدم ويجذب الى



(شكل ٢٢٩) ازالة القدم الى المهبل ودفع الرأس للقاع (جلايين)

الأسفل بحيث تكون أصابعه على الفوهة الباطنة . بعد ذلك يُخْرَج الأصبعان

من الرحم ويدفع العنق فوق القدم ، وفي الوقت نفسه تُضغَطُ المقعدة الى الأسفل باليد التي على البطن . ومتى نزل نصف القدم بهذه الكيفية الى المهبل يُمسَكُ ويجذب الى الأسفل . ومن السهل أيضاً امساك القدم بحيث ذى مشبكين يُدخَلُ مهدياً على اليد التي في المهبل . وأخيراً ندفع الرأس في اتجاه القاع باليد التي من الخارج (انظر شكل ٢٢٨ و ٢٢٩)



(شكل ٢٣٠)

يوضح أن امساك القدم العليا في المهبل المستعرض بوجه الظهر الى الوراء (فارييف)

(٣) التحويل القدمي الباطني — ويفعل اذا توفرت الشروط الآتية : —

(١) اذا كانت الفوهة الظاهرة ممتدة بحيث تقبل دخول اليد كلها

الى الرحم .

(٢) اذا لم يكن الجزء الآتى به الجنين منحسراً لدرجة لا تسمح بدفعة الى الأعلى .

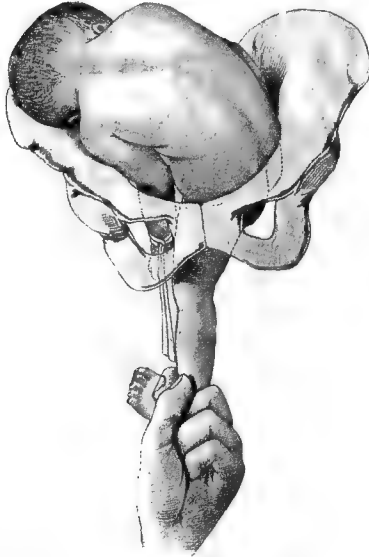
(٣) اذا لم يكن ثمت مانع لعمل التحويل .

وأغلب الأحوال التى يفعل فيها هذا النوع من التحويل هى أحوال المجهى بالكثف المهل . وطريقة عمله هى أن تضجع الوالدة على ظهرها . ثم يشخص وضع الجنين بالضبط ثم تقشط المئانة وتطهر الأعضاء التناسلية للوالدة . فاذا كان المجهى مستعرضاً تدخل اليد اليمنى اذا كانت الأطراف السفلى للجنين متجهة نحو الجانب الأيمن للأمام والمكس بالعكس . ثم تمسك القدم التى اذا جذبتها يتجه ظهر الجنين الى الأمام . فاذا كان ظهر الجنين الى الورا تكون القدم التى تمسك هى القدم العليا واذا كان الظهر للأمام تمسك القدم السفلى . وفى تمييز القدم يجب ملاحظة أماكن كون القدمين متصلتين بحيث تكون القدم السفلى فوق العليا .

أما فى المجهى بالرأس فتستعمل اليد اليمنى بغض النظر عن وضع الجنين إلا اذا كانت الأطراف متجهة الى الأمام ونحو الجهة اليمنى للأمام فى هذه الأحوال تفضل اليد اليسرى .

ومتى أدخلت اليد فى الرحم تمسك بها القدم التى تصادفها أولاً اذا كان المجهى بالرأس ، أو القدم التى يجذبها يتجه ظهر الجنين الى الأمام اذا كان المجهى مستعرضاً ثم تجذب الى الأسفل . فهذه الكيفية يصير رأس الجنين ومقعده فى الجزء السفلى للرحم فلا يبقى علينا إلا أن ندفع الرأس الى قاع الرحم ونجذب القدم الى الأسفل حتى تخرج من المهبل . وهذا العمل يكون فى بعض الأحيان سهلاً جداً وقد يكون فى غاية الصعوبة بحسب درجة انقباض الرحم على الجنين . وفى الأحوال التى لا يمكننا فيها أن ندفع الرأس الى قاع الرحم نجث

عن القدم الثانية ونجذب القدمين معاً . فان لم يقد ذلك في صعود الرأس الى القاع نضع رباطاً أعلى احدى القدمين أو عليهما معاً ونكلف أحدهما مساعدين يجذبهما ثم نضغط المقعدة بأحدى اليدين بطنياً ونضع اليد الأخرى في المهبل وندفع بها الرأس خارج الحوض الكاذب . فاذا لم تفلح هذه الطرق يجب تقطيع الجنين اذ تستحيل ولادته وهو في هذا الوضع .



(شكل ٢٣١) يوضع أن امساك القدم السفلى في الهجى المستعرض يوجه ظهر الجنين الامام

وفي الأحوال التى تكون فيها احدى الذراعين ساقطة في المهبل يوضع رباط على هذه الذراع خوفاً من انبساطها أعلى الرأس في أثناء ولادة الجنين .

وبخلاف ذلك لا يُهْتَمُّ بشأنها لأنه متى نزلت القدم ترتفع الذراع من نفسها وتنتهي الولادة كالعادة .

يتضح لنا من الوصف السابق أن التحويل الباطنى هو فى الحقيقة تحويل مزدوج لأننا فى عمله نضع يداً فى المهبل والأخرى على جدر البطن من الخارج ولكنه يختلف عن التحويل المزدوج فى أن اليد تُدخل كلها داخل الرحم فى التحويل الباطنى ، أما فى التحويل المزدوج فيُدخل أصبعان فقط .
صعوبات التحويل الباطنى — توجد ثلاث صعوبات فى عمل التحويل الباطنى وهى : —

(١) أننا لا نكون شخّصنا الوضع بالتدقيق فى أول العمل .
(٢) أن الفوهة الظاهرة لا تكون متمددة تمّددًا كافياً فنضطر لتمديدّها صناعياً بممدد فرومر .

(٣) أن اليد تدخل الرحم خارج الأغشية أى بينها وبين جدر الرحم .
موانع عمل التحويل — لا يجوز عمل التحويل القدى فى الأحوال الآتية : —
(١) إذا كان الطلق شديداً لدرجة جعلت جزءاً كبيراً من الجنين يتخلص ذاتياً ، لأننا نضطر فى أثناء عمل التحويل الى ادخال الجزء الذى نتخلص فنجد ذلك مستحيلاً بسبب انقباض الرحم .
(٢) إذا وضح أن ولادة الجنين لا تتم إلا إذا قُطع حتى بعد عمل التحويل بسبب ضيق الحوض مثلاً .

(٣) إذا كان جيب المياه تمزق من مدة طويلة وارتفعت حلقة الانكماش الى أعلى العانة بستة سنتيمترات .

انقطاع التحويل — أهمها (١) التقيح — واثقاؤه يقتضى ليس فقط تطهير يدى المولّد تطهيراً دقيقاً بل تطهير الفرج والذراع الساقطة والمهبل .

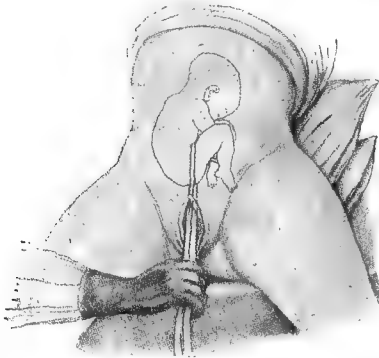
والأفضل بعد تطهير الذراع أن تُلَفَّ بفوطه عقيمة خشية أن تلامسها اليد التي ستدخل الرحم. و (٢) تمرز الرحم - ويحدث في الغالب اذا حاولنا عمل التحويل بعد تصريف السائل الأمنيوسي وعلى الأخص لو كان الرحم منقبضاً انقباضاً تشنجياً. و (٣) أن نبدأ التحويل وبعد انزال قدم لا نستطيع اتمام العملية بسبب تشنج الرحم. ومما يساعد على اتمام العمل في هذه الظروف أن تُربط القدم بشريط من شاش اليودفورم ويكلف أحد المساعدين يجذبها وفي نفس الوقت يضع المولّد إحدى يديه في الرحم لدفع الرأس الى الأعلى وباليّد الأخرى يساعد دفع المقعدة الى خارج الحوض بطنياً. و (٤) أنه في أثناء تخليص الجسم تنبسط الذراعان فتعيقان التخليص، أو تظهر صعوبة في تخليص الرأس فيموت الجنين، وقد سبق الكلام على علاج ذلك.

﴿ موانع ولادة المقعدة ﴾

يطلق هذا الاصطلاح على الأحوال الآتية :-

- (١) الحالة التي لا يمكن فيها للمقعدة أن تجتاز المضيق العلوي للحوض.
 - (٢) الحالة التي تتحسّر فيها المقعدة في الحوض بحيث لا تستطيع التقدم.
- الأسباب - يحدث ذلك إما من ضيق الحوض أو من كبر حجم المقعدة، أو من عجز المقعدة ذات الحجم الطبيعي عن عمل حركة الدوران.
- التشخيص - يتم عمل التشخيص متى رأينا أن المقعدة لم تتحسّر أو أنها انحسرت في الحوض ولم يتقدم الانحشار بالرغم من وجود طلق قوى.
- المعالجة - اذا تأخرت المقعدة عن الانحشار ولم يُفِدَ الضغط على القاع في جعلها تتحسّر تُحلّص قدمٌ أولاً وتُجذّب. ولعمل ذلك تضجع الوالدة على

حافة السرير بالعرض وتدخل يديهما في المهبل ويزلق أصبعان منها في الرحم على الفخذ المقدم للطفل . فإذا كانت الركبتان منثنيتين نجد القدم بالقرب من الالية . أما إذا كانتا منبسطتين فتزلق الأصابع حتى تصل إلى الركبة ثم يضغط على السطح المقدم للساق عند أسفل الركبة بقليل فتنتشي الساق على الفخذ فيسهل بعد ذلك العثور على القدم . وفائدة تخليص أحد الطرفين السفليين بهذه الكيفية هو انقاص حجم المقعدة ومساعدة تخليصها بجذبه .



(شكل ٢٣٢)

طريقة جذب المقعدة بوضع شريط حول ثنية الارية (تويدى)

فإذا وجدنا اننا لا نستطيع الوصول إلى القدم بسبب انحناء المقعدة نكتفى بجذب الأرية . ولعمل ذلك يزلق أصبعان في ثنية الأرية المقعدة أحدهما فوق الآخر ثم يجذب في اتجاه محور الحوض ، وفي الوقت نفسه تساعد المقعدة على عمل الدوران . ومتى هبطت المقعدة قليلاً يسهل الوصول للأرية الخلفية فيزلق أصبعان في ثنيتهما ثم تجذب هي والثنية المقعدة بالتناوب .

وتمكن مساعدة الأصابع التي في الأربية على الجذب بأن يُقبَض رَسغ اليد الجاذبة باليد الأخرى .

فاذا لم تنجح الطرق السابقة نجهد في تمرير شريط من شاش اليودوفورم حول الأربية المقعدة . ولعمل ذلك يؤتى بقشطرة صمغ مرّن مرة ١٠ أو ١٢ داخلها سلك من الحديد . ثم يُدخَل في الفتحة الجانبية للقشطرة عروة من الحرير العقيم ويُدخَل السلك من الثقب الاعتيادي للقشطرة الى أن يصل للعروة الحرير فيمرّ في وسطها . ثم تُحَنَّى قبة القشطرة على هيئة ثلث دائرة . ثم تزلق القشطرة الى الأعلى على الجدار المقدم للمهبل حتى يمكن لطرفها أن ينثني في داخل أربية الجنين . ثم تدفع القشطرة الى الأعلى فن انحنا قبتها تمر ما بين فخذي الجنين . فتمّ ذلك يسهل الوصول الى العروة الحريرية التي في فتحة القشطرة بادخال أصبعين بين فخذه . ومتى أمسكنا عروة الحرير نخرج القشطرة ثم نربط شريطاً طويلاً من شاش اليودوفورم في الخيط الحريري . ثم نجذب الطرف الخارجى للحرير فيتبعه شريط الشاش ويحيط بأربية الجنين كما يَرى في (شكل ٢٣٢) . ثم يُجذَب شريط الشاش في وقت الطلق في اتجاه محور الحوض فتتخلص المقعدة . ومن المهم ملاحظة تمرير شريط الشاش فوق الأربية لا فوق الفخذ خوفاً من كسر عظم الفخذ في أثناء الجذب . أما اذا كان الجنين ميتاً فيوضع المفتت على المقعدة ويجذب به .

الفصل السادس والعشرون

﴿ ثقب الجمجمة وتقطيع الجنين ﴾

ثقب الجمجمة

يطبق ثقب الجمجمة على كل العمليات التي تفعل لتصغير حجم رأس الجنين.
 الملاحظات - لما كانت هذه العمليات تمت الجنين حياً فهي لا تُفعل
 على الأجنة الحية إلا في الضرورة القصوى . وقد كانت عملية التفتيت شائعة
 شيوعاً كبيراً الى زمن قريب . والسبب في ذلك أن المولّد كثيراً ما كان يلجأ الى
 استعمال الجفت من غير أن تتوفر شروطه وعلى الأخص قبل أن ينحسر أكبر
 قطر للرأس في الحوض . ففي بعض الأحوال كان حُسْنُ الحظ يساعد في
 حشر الرأس فتنتهي الولادة بسلام ولكن في أغلب الأحوال كان الرأس
 لا ينحسر مع مداومة الجذب بالجفت بشدة فيضطر المولّد الى تفتيت الرأس .
 ولو أنه انتظر الى أن ينحسر الرأس لنجا الطفل . ولكن المولّدين الآن يقيسون
 الحوض قبل الولادة ولا يُقدّمون على وضع الجفت إلا اذا توفرت شروطه
 ولهذا قلت عمليات التفتيت كثيراً . أما الأدلة على وجوب عمل التفتيت فهي :
 (١) اذا كان الجنين ميتاً وكان تخليصه بدون تصغير الرأس خطراً
 على الأم .

(٢) اذا لم يمكن تخليص الجنين حياً أو اذا كان في تخليصه حياً
 خطر على الأم .

(٣) اذا لم يمكن تخليص الجنين إلا بالعملية القيصرية ورفضت
 الأم الرضوخ للعملية .

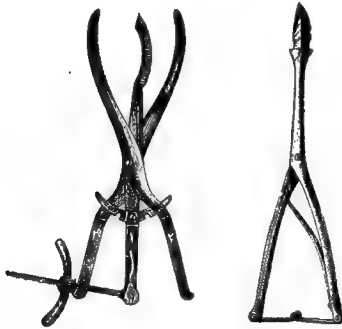
الآلات — يلزم تحضير الآلات الآتية : —

ثاقب سمسون (انظر شكل ٢٣٣) ، مفتت ووتر او وفار ، قنطرة بوزمن كبيرة الحجم .

الشروط — يشترط لعمل هذه العمليات توفر الشروط الآتية وهي : —

(١) لا يكون طول القطر المقدم الخلفي أقل من ٥٥ سنتيمترات ، اذ أن جذب الرأس مهما صغر حجمه من حوض قطره أقصر من ٥٥ سنتيمترات يمرض الأم لأخطار جمة .

(٢) أن تكون الفوهة الظاهرة ممتددة تمدداً كافياً .



(شكل ٢٣٤)

المفتت والمجاذب المزدوج (ووتر)

(شكل ٢٣٣)

ثاقب سمسون

الطرق — تعمل هذه العملية في أربعة أزمنة : —

(١) الثقب . (٢) اخراج المخ . (٣) التصغير . (٤) الجذب

والتخليص .

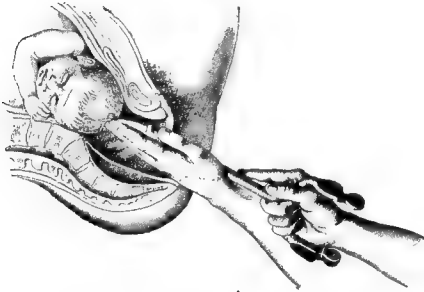
ولعملها تضجع الوالدة على حافة السرير بالعرض بعد تبنيجها . ثم
بشخص وضع ومجىء الجنين بالدقة وتطهر أعضاء التناسل تطهيراً دقيقاً .
وتعقم جميع الآلات وتلاحظ أدق شروط التعقيم ، وذلك لأن التفتيت يعمل
عادة بعد استعمال الجفت ومحاولة التوليد بطرق تقتضى مداخلات يدوية
تضعف حيوية الأنسجة وقوة الأم على المقاومة .

(١) الثقب - إذا اضطررنا لثقب الرأس بعد الفشل في تخليصه بالجفت
فالأفضل أن نثقب الجمجمة قبل اخراج الجفت . أما في الأحوال التي لا يكون
فيها الرأس منحسراً ولا مثبتاً بالجفت فيجب تكليف أحد المساعدين بالضغط
على الرأس بطنياً طول مدة الثقب والتفريغ الى أن يتم وضع المشداخ (المفتت) .
ولعمل الثقب يُدخل المقدار اللازم من اليد في المهبل ويمرر اصبعان داخل
الفوهة الباطنة حتى يلامسا الجزء الآتي به الجنين . ثم يزلق الثاقب وهو مقفل
مهدياً على الأصابع ويمرر في الجزء الآتي به الجنين سواء في العظم أو في
أحد التداريز . وإذا فعل ذلك وكان الضغط عمودياً على الجزء الآتي به الجنين
فلا خطر من انزلاق الثاقب . وإذا راجعنا شكل ٢٣٣ نجد أن النصل القاطع
للالثاقب ينتهى ب بروز هو الحد الذى لا يجوز أن يتجاوزه الطبيب في ادخال
الثاقب . متى أدخلنا الثاقب نفتح قفله ونضم القابضتين احدهما نحو الأخرى
فتباعد أسلحته وتقطع الجمجمة قطعاً طويلاً . ثم يسحب الثاقب الى الأسفل
قليلاً ويُدَار بمقدار زاوية قائمة ويدفع الى الأعلى ثم نفتح الأسلحة ثانياً فتعمل
شقاً عمودياً على الأول .

(٢) افراج المنخ - يدفع الثاقب في الشقوق التي فُعلت حتى يُدخل
نصله في تجويف الجمجمة ثم يحرك في كل جهة حتى يتقطع المنخ ويتهراً ،
مبتدئين في التقطيع بالنخاع المستطيل لتأكد من وفاة الجنين . ويقتضى

ذلك قطع خيمة المخيخ . ثم نخرج الثاقب وندخل قنطرة بوزمان ونغسل بها باطن الجمجمة فتخرج بقايا المخ مع ماء الفسيل .

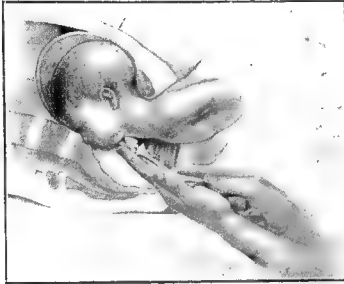
(٣) التصغير — متى اتينا من ذلك نشرع في تصغير الرأس . وتوجد لذلك آلتان الأولى تسمى مفتت الجمجمة (الكرايوكلاست) والثانية المشداخ (الكيفالوترايب) . فالمفتت آلة تتألف من فرعين مقعرين من جهة ومحدبين



(شكل ٢٣٥) ثقب الجمجمة . لاحظ كيف تهدى اليد الثاقب .

من الأخرى بكيفية تجعل تقصير أحدهما موافقاً لتجديب الثاني . وفي استعمال هذه الآلة يدخل أحد الفرعين داخل الجمجمة والفرع الآخر خارجها ومتى ضما أحدهما الى الآخر يمكن جذب الرأس بهما بدون خوف من انزلاقهما . ولكنهما لا يصغران حجم الرأس التصغير اللازم . أما المشداخ فيتألف من فرعين أيضاً ولكن كليهما مقعر من الباطن ويوضعان مثل الجفت تماماً أعنى كلاهما خارج الرأس . ويعتنى اعتناء شديد في إدخالهما مهديين على الأصابع . والمشداخ أحسن آلة لتفتيت قاع الجمجمة ، ولكن به عيباً واحداً وهو انه متى جُذِبَ سَهْلُ انزلاقه . ولهذا السبب اخترعوا مفتتاً مزدوجاً مؤلفاً من ثلاثة فروع : فرع مركزي يشبه في شكله فرع الكرايوكلاست الذي

يوضع في باطن المججمة في الفتحة وفرعان جانبيان شبيهان بفرعي المشداح .
ومتى اتصل أحد الفرعين الجانبيين بالفرع المركزي تكون الآلة شبيهة بالفتحة



(شكل ٢٣٦)
تقب المججمة عند عدم تخلص الرأس في الجزء بالمقدمة (طريقة غير مستحسنة)
(انظر شكل ٢٣٧) ومتى دُكِب عليها الفرع الجانبي الثاني تصير كالمشداح .



(شكل ٢٣٩)
الخطوة الثالثة



(شكل ٢٣٨)
الخطوة الثانية



(شكل ٢٣٧)
الخطوة الاولى

ولهذه الآلة برغى لضم كل من الفرعين الجانبيين نحو الفرع المركزى . وكيفية العمل بهذه الآلة هى أن يدخل الفرع المركزى فى وسط الجمجمة ثم يدخل أحد الفرعين الجانبيين بحيث يكون موضوعاً فوق وجه الجنين ملاحظين أن تقعر الفرع الخارجى يكون موافقاً لتحديد الفرع المركزى . ومتى انتهينا من ذلك نكون قد وضعنا على الرأس آلة شبيهة بالكرايويكلاست وهى تكفى لضغط الرأس فى جميع أقطاره ما عدا الأقطار العمودية وتخليصه من الحوض اذ لم يكن الضيق كبيراً . أما اذا كان الضيق كبيراً فيجب تركيب الفرع الثالث . ولتركيبه ندير البرغى أولاً حتى ينضم الفرعان الأولان ببعضهما على بعض بحيث يثبت الفرع الخارجى فى ثقب معد له فى الفرع المركزى . ثم يركب الفرع الثالث ويدار البرغى الى أن ينضم للأولين . ثم يثبت أيضاً فى ثقبه المخصوص الذى فى الفرع المركزى (انظر شكلى ٢٣٨ و ٢٣٩) ويجب فى تركيب الفروع الخارجية أن يلاحظ وضعها أسفل قاع الجمجمة بقدر ما يمكن . وفائدة المفتت المزدوج أن يستعمل لتصغير الرأس وجذبه بدون خوف من الانزلاق .

أما فى أحوال الحجبىء بالوجه فيدفع الثاقب فى احدى الحفرتين الحجاجيتين فان لم يمكن فى سقف الحلق .

أما فى أحوال الحجبىء بالمقعدة فاذا اقتضى الأمر فتتبت الرأس فان العمل يكون أصعب قليلاً . فى هذه الأحوال يمكن انتخاب احدى نقطتين لادخال الثاقب : إما أحد اليافوخين الجانبيين وإما العظم المؤخرى . فاذا انتخب أحد اليافوخين يُجذب الجنين الى الأمام والى أحد الجانبين . أما اذا انتخب العظم المؤخرى فيجذب جسم الجنين بقوة الى الأسفل ويدخل أصبعان من اليد اليسرى بين العانة ومؤخر الجنين ثم يدخل الثاقب فى أعلى نقطة يمكن وضع الأصابع فوقها .

المجذب والتقليص - في جذب الرأس يلزم أن يدار بحيث يفعل الحركات العادية التي يفعلها في ميكانيكية الولادة .

* تقطيع الجنين *

يطلق تقطيع الجنين على العمليات التي تفعل لتصغير حجم وشكل جسم الجنين . وأهم هذه العمليات بتر العنق ، واستخراج أحشاء الجنين ، وكسر الترقوة .

بتر العنق - يقصد بتر العنق فصل الرأس عن الجسم .



(شكل ٢٤٠) مشبك برون

الدلايات - يفعل في أحوال المجيء بالكثف الممهل إذا لم يمكن عمل التحويل أو إذا لم يرد عمله ، وكان من السهل الوصول لعنق الجنين . ويُفعل أيضاً في أحوال اشتباك رأسي الجنين في الحمل التوأمي .

الدلايات - في المجيء بالكثف الممهل يستعمل كلاب برون الكال أو قاطع الرأس الحاد وهو أفضل الاثنين (انظر ٢٤١ شكل)



(شكل ٢٤١)
قاطع الرأس
المشرشر

طريقة العمل - تضجع الوالدة على حرف السرير بالعرض . وبعد تطهير أعضاء التناسل بشخص الوضع لمعرفة مكان الرأس والظهر . فان وُجِدَت الذراع ساقطة تجذب بشدة الى الأسفل والوراء حتى يسهل الوصول الى العنق . ثم يُدخَل

قاطع العنق الحاد (وهو الذى نفضله) أو القاطع المشرشر أو مشبك برون الكال
مهدباً ومغطى بأصابع احدى اليدين. فان كان ظهر الجنين الى الأمام يوضع



(شكل ٣٤٢) مشبك كال

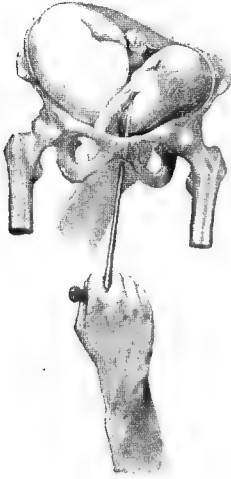
القاطع بين كتف الجنين والجدار المقدم لحوض الأم ثم يُزلق حتى يصير
فوق عنق الجنين تماماً. وبعد ذلك يُدار بمقدار زاوية قائمة فيصير نصله
محيطاً بعنق الجنين. فتمّ ذلك تُنقل أصابع اليد وراء عنق الجنين
لتهدى القاطع فى أثناء قطع العنق اتقاء لتمزيق الانسجة الرخوة للأم. ثم
يُبتر العنق بحركة منشارية. ومتى بتر العنق يُخلّص الجذع يجذب ذراع أو
ذراعين. ثمّ بعد ذلك يولّد الرأس بادخال اصبعين فى الفم ثم الجذب الى
أسفل أو بوضع الجفت أو الثاقب على حسب درجة ضيق الحوض. وفى
عمل ذلك يكلف أحد المساعدين بدفع الرأس بطنياً بقوة حتى يتثبت
فى الحوض.

أما اذا انتخب مشبك برون فتجب ملاحظة قطع الانسجة الرخوة
لعنق الجنين بمقص قوى لأن المشبك يكسر عظام العنق ويفصلها بعضها
عن بعض فقط.

استخراج أمعاء الجنين - يقصد بهذه العملية فتح صدر الجنين أو بطنه
واستخراج الأحشاء التى به.

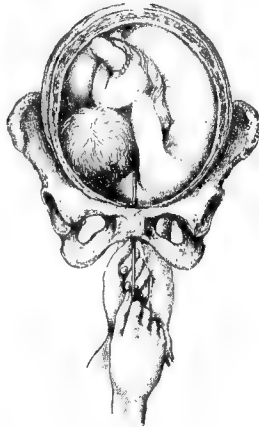
الدلاوت - يفعل اذا كان كبر حجم الجنين سبباً فى عسر الولادة
أو اذا كان الحجب بالكثف ولم يمكن الوصول للرأس لبتره.

الوثلاث — ثاقب سمسون لعمل الشق اللازم أو مقص ذو نهاية حادة .



(شكل ٢٤٤)

بتر العنق . لاحظ تطويق الآلة بالإصابع



(شكل ٢٤٣)

بتر العنق في الجبهة بالكنتف (جلايين)

الطريقة — تضجع الوالدة على حافة السرير بالعرض . ثم يُدخل الثاقب في جهة من الصدر أو البطن يسهل الوصول إليها ، ويفعل شق يكفى لادخال اليد ثم يمسك أحد الأحشاء ويفصل ثم يمسك الثاني والثالث ويفصلان وهكذا . ومتى اتهمنا من فصل الأحشاء نكسر العمود الفقري بكلاّب برون الكال ثم يخلص الجنين بطريقة أشبه بالتي تحدث في التخلص الذاتي .

كسر الترقوة — يفعل كسر الترقوة اذا كان حجم الكتفين هو السبب

في عصر الولادة ولم يمكن تخليصهما بالجذب أو بتخليص الذراعين. أما الآلات اللازمة للعمل فهي مقص قوى ذو نهاية كالة. وطريقة العمل هي أن تدخل



(شكل ٢٤٥) مقص لتقطيع الجنين ولقص الترقوة

أصابع اليد اليسرى في المهبل ويُعَيَّن بها محل الترقوة ثم يُهْدَى المقص اليها ويدفع باليد الأخرى الى الأعلى ويُقَصَّ به الجزء الذي يسهل الوصول اليه من الثلث المتوسط للترقوة. فان لم يكف كسر ترقوة واحدة تكسر الترقوة الثانية.

الفصل السابع والحشرون

✽ العملية القيصرية ✽

تطلق اصطلاحاً على العملية التي يفتح فيها البطن وبُشِقَ الرحم، ثم يُخْرَج الجنين ويخاط الرحم.

تاريخها — يظهر أن العملية القيصرية كطريقة لتخليص الجنين بشق البطن كانت معروفة من قديم الزمان. ويقال أن أسكولاب وسيديوافريكانس ويوليوس قيصر ولدوا بهذه الطريقة. ولكن ليس في التاريخ نص وثيق على هذا القول. ولا يتبادرن الى الذهن ان هذه العملية لُقِّبَت بالقيصرية نسبة الى قيصر لما يقال من أنه وُلِدَ بها، وانما هي سميت كذلك تعريباً للفظَة اللاتينية (Partus Cesareus) المشتقة من (Cedere) أي قطع ومعناها الولادة بالشق ويغلب أن يوليوس قيصر لم يولد بهذه الكيفية اذ أن هذه العملية لم

تمكن لتُعمل في ذلك الحين الا للواتي يمتنّ في غضون المخاض . وأمّ قيصر كانت حيّةً بدليل خطاباته التي كان يكتبها لها من ساحات القتال .
والراجع ان أطباء قدماء المصريين كانوا أسبق أطباء الأمم الى اجراء هذه العملية في النساء اللواتي يمتنّ في غضون المخاض . وأمّا اجراؤها في من تبقى حيّةً منهم فحديث العهد .

ومن المؤكد أن كثيراً من القبائل الممجية كانت ولا تزال تجرّها .
فقد شاهد فلكن في أثناء سياحته في أوغندا عملية قيصرية في وطنية من سكان تلك البلاد . وروى أن هناك اختصاصيين يعملون هذه العملية وانهم يفسلون أيديهم ومكان العملية بنبيذ الموز ويخدرون المتمخضات بسقيهم من هذا النبيذ . ويشقون على الأثر البطن ثم الرحم ويستخرجون الجنين . ثم يمددون عنق الرحم من البطن ويدلكون الرحم ويقفلون البطن بدبايس وغرز شبيهة برقم ٨ الافرنجية (8) . ويغالجون الجرح بعجينة محضرة من أعشاب مدهوكة . وفي العملية التي شاهدها ذلك السائح لم ترتفع درجة الحرارة عن ٣٨٫٣ . وقد شفى الجرح في مدة أحد عشر يوماً . ويغلب أن تصاب المريضة بعفونة أو نزف يقضى عليها . ولا يمكن أن يكون هؤلاء المتوحشون قد توصلوا الى هذه الطريقة السديدة الا بعد أن مارسوها وزاولوها أجيالاً طويلة .

أما العملية الأولى في تاريخ الولادة الحديث فقد أجراها تروتغن من وتبرج سنة ١٦١٠ وعاشت المريضة أسبوعين بعد العملية .

وفي سنة ١٥٠٠ أجرى نوفر (وهو سويسري كان يشتغل في خصى الخنازير) هذه العملية في زوجته بعد أن أعيا توليدها جميع قابلات القرية وحلاقيها .

وقد صادفت العملية القيصرية في أدوار نشأتها مقاومات شديدة لكثرة الوفيات التي نجمت عنها . وذكر تزيه أنه لم تنجح في باريس عملية قيصرية حتى إلى عهده . وروى اسبيت انه حتى سنة ١٨٧٧ لم تنجح عملية واحدة في فينا . وقد أحصى هرس في الولايات المتحدة الاميركية ثمانين حالة كان معدل وفياتها ٥٢ في المائة . وكان سبب الوفيات ترك جرح الرحم مفتوحاً فكانت المريضات يمتن من النزف والالتهاب البريتوني .

وفي سنة ١٨٧٧ أدخل بورو تحسيناً كبيراً على العملية وهو استئصال الرحم ، ولكن نتائج هذا التحسين لم تكن مرضية . وكان سبب الامتناع من خياطة جرح الرحم هو الاعتقاد الذي كان شائعاً وقتئذٍ ان الالتصاقات الرحمية المتواترة تحول دون التأم الجرح . وفي بعض الأحوال كان الشفاء يتم بالتصاق جرح الرحم بجدر البطن بالتصاقات النهائية .

وذكر سنجر أنه لم ير ولم يسمع عن حالة من هذا القبيل انتهت بالتأم الجرح واندماله في كل طوله وعمقه تماماً ، بل كانت النتيجة في جميع الأحوال حدوث ندب التأم ضخمة متصلة في بعض أجزاء الجرح يتخللها فتوق في بعض فقط ضعيفة جداً لم يلتئم فيها سوى الجلد ، ناهيك عن نشوء نواسير متعددة بين الرحم وجدر البطن . على ان الفضل في كل ماتم من النجاح في هذه العملية يعود الى سنجر . فقد حوّل هذه العملية البربرية الشديدة الخطر الى عملية جراحية فنية قليلة الخطر . وفي سنة ١٨٨٢ نشر طريقته التي تنحصر في شق البطن عند الخط المتوسط ، ثم شق الرحم بعد وضع رباط من المطاط حول جزئه الأسفل لايفاف النزف ، ثم رفع شطرة من عضلات الرحم تحت البريتون بعد استخراج الطفل ، ثم خياطة طبقتي الرحم البريتونية والمضلية بسلك فضي ثم خياطة البريتون الرحمي وحده بغرز من الحرير . (٦٨)

زد على ذلك شدة الاعتناء بالتعقيم . ومن ذلك العهد أخذت الوفيات من جراء هذه العملية تقلّ وتندر حتى أصبحت العملية الآن من العمليات التي لا تزيد وفياتها عن عمليات البطن الأخرى .

١ : **الولادات** — تنقسم الى دلالات الزامية ودلالات تفضيلية . فالدلالات الالزامية هي التي يستحيل فيها تخليص الجنين بدون أن تعمل العملية القيصرية وهي : —

(١) ضيق الحوض الذي يكون فيه القطر المقدم الخلفي أقصر من ٥,٥ سنتيمترات .

(٢) انسداد تجويف الحوض بأورام لا يمكن استئصالها .

(٣) انسداد المسالك التناسلية بنبذة التحام لا يمكن تمديدها .

أما الدلالات التفضيلية فهي التي يمكن فيها تخليص الجنين بقطع العانة أو التفيت أو تحريض الولادة المعجلة . ففي هذه الأحوال قد يستحسن أو لا يستحسن عمل العملية القيصرية بحسب سن الحمل وحالة الجنين ورغبة الأم . وهذه الدلالات هي : —

(١) ضيق الحوض الذي يكون فيه طول القطر المقدم الخلفي من ٧

الى ٨ سنتيمترات اذا كان الجنين حياً ولم يمكن تحريض الولادة أو عمل التحويل أو قطع العانة .

(٢) اذا كانت الحوض مشغولاً بأورام صغيرة ولم يمكن تخليص

الجنين حياً .

وقد تُجرى العملية القيصرية في أحوال أخرى مثل حدوث حمل في رحم مثبت في جدار البطن اذا نشأ عنه نمو الجدار الخلفي للرحم . ففي هذه الحالة يندفع العنق الى الأعلى وراء رأس الجنين ويصعب الوصول اليه . ويتكوّن

من الجدار المقدم للرحم قعر كيس يكون مشغولاً برأس الجنين (انظر شكل ١٣٩) .

وقد تعمل العملية القيصرية أيضاً في الأحوال التي يحدث فيها الحمل في رحم مثنى وملتصق الى الوراء اذا نما الجدار المقدم ليسع الجنين وتكوّن من الجدار الخلفي قعر كيس يشغله رأس الجنين . ففي هذه الحالة يكون العنق منجذباً الى الأمام والأعلى بحيث يصعب الوصول اليه .

وقد شملت دلالات العملية القيصرية حديثاً أحوالاً أخرى مثل الأكلسيا ، وسقوط الحبل السرى اذا حدث قبل لقاء العنق عند بكريات الولادة ، والاندغام المعيب للمشيمة في الأحوال التي يكون فيها الاندغام مركزياً وبالأخص لو كانت الوالدة بكرية الولادة . أما أحوال الأكلسيا التي يشار بعملها فيها فهي الأحوال التي تحدث فيها الأكلسيا في ميعاد الولادة الطبيعي أو قبله بقليل ولا تحسن الأعراض بل تزيد بالرغم من العلاج اذا استمرّ فيه مدة ست ساعات . هذا اذا وثقنا من طهر الرحم ومن عدم محاولة التوليد بطرق أخرى مثل توسيع العنق أو وضع الجفت . أما اذا حدثت الأكلسيا قبل الأسبوع الثالث والثلاثين فالأفضل أن يخلص الجنين بالعملية القيصرية المرحلية . وهذه طريقةها : بعد وضع منظار خلفي يجذب العنق الى الأسفل بجفتين من ذوات المشابك ثم يعمل شق سطحي يبدأ في منتصف الفوهة الظاهرة للعنق ويوسع حتى يمتد الى الجدار المقدم للمهبل أسفل الصماخ البولي بخمسة سنتيمترات . ويحاذر في عمله من اصابة المثانة . وبعد ذلك تفصل المثانة من المهبل والرحم وتُدفع الى الأعلى بقاية الاحتراس حتى نصل الى الانعطاف البريتوني فنُدفعه الى الأعلى ولا نَشَقّه . وبعد ذلك يُشَقّ العنق في الخط المتوسط الى حذاء الفوهة الباطنة ملاحظين جذب حافتي العنق الى الأسفل كلما اتسع الشق

حتى تسهل مراقبة النقط التي تُدْمَى . ثم يُمد الشق في أعلى الفوهة الباطنة بقليل . وبعد ذلك تشق الشفة الخلفية الى حذاء الفوهة الباطنة بنفس الطريقة التي عملت في شق الشفة المقدمة . ثم يمزق جيب المياه ويحوّل الجنين وتُتمم الولادة بجذب القدم . وبعد خروج المشيمة تحاط الجروح بغرز عميقة في العنق ، وغرز سطحية في الغشاء المهبلي .

وهذه العملية صعبة العمل في البكرات بسبب ضيق المهبلي وصلابة العجان . ويحسن أن لا يعملها الا المتعودون على الجراحة الكبرى .

تخصيز المريضة — في الأحوال التي تعمل فيها العملية القيصرية في حالة مستحجلة يكتبني بأن يعمل للمريضة حقنة شرجية ويدهن البطن بصبغة اليود ٢٪ من أسفل الثديين الى العانة، وكذلك الجزء العلوي للفخذين .
التخدير — أن النتائج الحسنة جداً التي حصلنا عليها بعمل هذه العملية تحت تأثير الستوفايين تجعلنا نفضله على الكلوروفورم بكثير . والعادة أن تعمل حقنة التخدير في المسافة الثانية القطنية . وأفضلية الستوفايين محصورة في الارتخاء التام لجدر البطن وفي بقاء المريضة على درجة واحدة من التخدير طول مدة العملية وفي عدم حصول قيء ولا أعراض صدمة ولا مضاعفات رئوية في مدة النقاهة .

المساعدون — يلزم ثلاثة مساعدين : واحد لمساعدة الجراح ، وواحد للاعتناء بالطفل ، والثالث للملاحظة الآلات . واذا عملت العملية تحت الكلوروفورم يضطر الى مساعد رابع .

وقت العملية — أفضل وقت لاجراء هذه العملية هو آخر الشهر التاسع أى قبيل المخاض . وانما يفضل هذا الوقت للتمكن من اجرائها في أحسن الظروف الممكنة من التعقيم ، واعداد المتخضعة ، وتهيئة غرفة العمليات

وتفادى الاضطراب لاجرائها ليلاً بسرعة اذا جاءت مداومة في أحوال غير مناسبة ومع مساعدين غير أكفاء بعد أن يكون قد انفجر جيب المياه . وربما سقط الحبل السرى أو أحد أطراف الجنين في المهبل قبل الشروع في العملية . ويستثنى من ذلك الأحوال التي يشك فيها في سن الحمل فالأفضل الانتظار الى أن يبدأ المخاض خوفاً من عمل العملية قبل بلوغ الجنين تمام المدة . أما ما يقال عن حدوث النزف بأشد مما يحدث فيما لو عملت العملية حين المخاض فغير حقيقى . والعادة بعد شق البطن أن تُحَقَّن الحامل على الاثر تحت الجلد بالارجوتين والبيتيوترين لضمانة انقباض الرحم جيداً وتلافى النزف قبل حدوثه .

أما طريقة العمل فهي أن يفتح البطن في الخط المتوسط بشق طوله ١٥ سنتيمتراً ثلثه أعلى السرة والباقي أسفلها . ثم يفعل شق طوله ١٠ سنتيمترات في الخط المتوسط للرحم بينما يكون أحد المساعدين ضاغطاً جانبي البطن . فاذا وجدنا المشيمة تحت الشق الرحمي نقطعها . ثم يخلص الجنين بسرعة يجذب القدمين أو الرأس . ويقطع الحبل السرى بعد وضع جفت على الطرف الجنينى . ثم يخرج الرحم خارج البطن ويؤمر أحد المساعدين بامساك القسم السفلى للرحم والرباطين العريضين والضغط عليهما لايقاف النزف . وتضم حافتا الجزء العلوى للجرح البطنى يحف ذى مشبكين لمنع الرحم من الانزلاق داخل البطن ، ولتبع الامعاء من الظهور فى الجرح البطنى . ثم تُفَصَّل المشيمة والأغشية والكتل الدموية من باطن الرحم . فاذا وجدنا العنق غير ممتدد نمدده بدفع اصبع فيه ومتى فعلنا ذلك نزع القفاز ونلبس قفازاً جديداً . ثم تحاط حوافى الجرح الرحمى بغرز عميقة من الحرير رقم ٣ تمر فى كل سمك الرحم ما عدا الطبقة المخاطية ، وتجعل المسافة التى بين الغرز سنتيمتراً ونصفاً

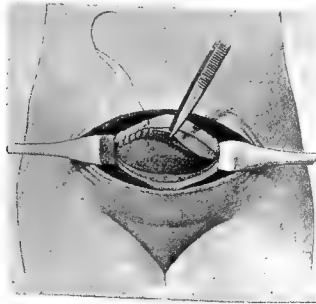
ثم تُفَعِّلُ غرز سطحية بالكاتجوت تضم حواف البريتون بعضها ببعض مارة بالجزء السطحي من الطبقة العضلية للرحم على شكل غرز لمبرت . ثم ينظف التجويف البريتوني ويدخل الرحم الى البطن وتُحاط جُدُر البطن كالعادة . أما المعالجة بعد العملية فشبيهة بعمليات فتح البطن العادية . وترفع مشابك ميسيل في اليوم العاشر وتترك المريضة الفراش بعد ثلاثة أسابيع .

المنزلة — في ثلاثين حالة متتالية أُجريت فيها العملية قبل انفجار جيب المياه لم تَمُت مريضة واحدة قط ، وفي خمس عشرة حالة أُجريت بعد انفجار الجيب وتطرق المفونة الى باطن الرحم ماتت مريضتان : واحدة بالسكتة الرئوية بعد العملية بخمسة وعشرين يوماً ، والثانية بالالتهاب البريتوني . ويراعى في اجراء العملية في هذه الظروف الاحتراس التام من تلويث البريتون وجدر البطن بالسائل الأمنيوسي أو الأغشية أو المشيمة . والأفضل ألاّ يشق الرحم الاّ بعد اخراجه من البطن واحاطته بالفوط (المحارم) العقيمة . ويشير (Kerr & Edge) في هذه الظروف بخياطة الرحم بعد استخراج الجنين وقطع الحبل السرى . أما المشيمة والأغشية فتترك لتتزل من المهبل كالعادة . وبذلك يتقوى عدوى الجرح الرحمي والبطني من ملامسة الأغشية المتعفنة . والنتائج التي حصلوا عليها تُظهر أن من عشر مريضات أُجريت عليهنّ العملية بهذه الكيفية ماتت اثنتان .

✽ العملية القيصرية خارج البريتون ✽

في الأحوال التي تطول فيها مدة الولادة وترتفع حلقة الانكماش الى قرب السرة يكون الجزء السفلي للرحم كبيراً بحيث يسهل أن يعمل فيه شق كافٍ لخراج الجنين . ويلجأون في الغالب لهذه الطريقة اذا شكّ أن الرحم عفن واستجالت ولادة الطفل من المسالك الطبيعية .

الطريقة - (عملية سلهاييم) يُعمل شق مستعرض ومنحنٍ قليلاً في القسم السفلي للبطن أعلا عظمي العانة ورباطى پوپارت بستيمتين وعلى حداثها (شق فانستيل) ويكون طوله ٢٠ سنتيمتراً. ويم الشق الجلد والشحم وصفاق العضلتين المستقيمتين البطنيتين. ثم يُفصل بطنا العضلتين بالأصابع، ويبعدان أحدهما عن الآخر ابعاداً شديداً. ثم يفصل البريتون البطنى من المثانة الى أقصى ما يمكن. ويُعمل فيه شق مستعرض فينفتح بذلك تجويف البريتون. وبعد ذلك يشق البريتون المغلف للسطح المقدم للرحم شقاً مستعرضاً فى الجهة التى ينمطف منها البريتون على المثانة. ثم تُفصل الحافة العليا للبريتون الرحمى حتى تتكوّن شريحة ثم تخاط بغرز منفصلة بعضها عن بعض الى حافة البريتون البطنى التى شُقّت. ويعتنى بالخياطة حتى



(شكل ٢٤٦) العملية القيصرية خارج البريتون

يُقبل التجويف البريتونى تماماً وبالأخص من الجانبين (شكل ٢٤٦). فنجد بعد ذلك أنه لا يبق ظاهراً فى الجرح إلا المثانة والجزء من البريتون المتصل بسطحها الخلقى الذى انفصل عن بقية البريتون، وكذلك الجدار

المقدم للجزء السفلي للرحم . ثم يُعمل شق طولى فى الجزء السفلي للرحم ويخرج منه الجنين والمشيمة . ثم يُخاط الجرح الرحمى بالكاتجوت وتُعاد خياطة حواف البريتون بعضها ببعض وكذلك البريتون البطنى ويُقفل البطن كالعادة . وفى الأحوال العفنة تُخاط حواف الجرح الرحمى للجرح البطنى ، وبذلك يترك التجويف الرحمى مفتوحاً على البطن لسهولة التصريف الى أن يزول التمعن فيقف نائياً . ومزايا هذه العملية هى أن مقدار الدم الذى تفقده المريضة صغير جداً وخطر التمعن أقلّ ونُدبة الالتحام الجرح الرحمى لا يخشى من تمزقها فى الولادات التالية وانها يمكن أن تُعمل بلا خطر اذا طالّت مدة الولادة وانفجر جيب المياه . وقد عدل هذه العملية لازاكو (Latzako) وذلك بأنه بعد شق الصفاق وتباعد العضلتين المستقيمتين البطنيتين بملأ المثانة بالماء حتى تتمدد ويجذبها الى الجانب الأيمن ثم تفصل الأربطة الجانبية للمثانة من الجهة اليسرى الى أن تتحرى الجهة الجانبية من الجزء السفلي للرحم ثم تُفصل المثانة بعد ذلك من الجدار المقدم للعنق ويدفع البريتون المثانى الرحمى الى أقصى ما يمكن ثم يشق القسم السفلى للرحم شقاً عمودياً ويخرج الجنين . والميزة الوحيدة لهذه العملية هى أن البريتون لا يُفتح فى أى مرحلة من مراحل العملية .

﴿ بتر الرحم ﴾

اذا كان شكل الرحم معيباً أو كان مصاباً بأمراض غير قابلة للشفاء كالسرطان والأورام الليفية التى لا يمكن قلعها ، أو اذا تطرق اليه التمعن الشديد فى أثناء المخاض ، وفى بعض أحوال النزف العارضى الباطنى الشديد يستخرج الجنين بالعملية القيصرية ويستأصل الرحم أيضاً استئصالاً تاماً أو جزئياً . وتسمى هذه العملية بعملية پورو .

﴿ قطع الارتفاق العاني ﴾

هي عملية يُقَطَّع فيها الارتفاق العاني فتتفصل بذلك العظام بعضها عن بعض وتطول كل أقطار الحوض.

الدرجات -- تفعل في أحوال ضيق الحوض اذا كان طول القطر المقدم الخلفي من ٧ - ٨ سنتيمترات ولم يُرد تحريض الولادة المعجلة . ومتى قُطِعت الأربطة تنفصل العظام بعضها عن بعض بستة سنتيمترات ونصف فيطول بذلك القطر المقدم الخلفي بمقدار سنتيمتر ونصف . فاذا تخلص الرأس وقطره الجدارى الجدارى شاغل للقطر المقدم الخلفي تبرز الحدة الجدارية من المسافة التي بين العظمين فيُكْتَسَب سنتيمتر ونصف أيضاً في طول القطر المقدم الخلفي . فاذا جمعا الزاويتين يكون المجموع ٣ سنتيمترات ولذلك فلا يجوز اجراء هذه العملية اذا كانت طول القطر المقدم الخلفي أقل من سبعة سنتيمترات .

أفضل وقت للعملية - خير وقت لعمل هذه العملية هو عند تمدد العنق تمداً يسمح بولادة الجنين بسرعة . ويجب قبل العمل التحقيق من أن الجنين حيّ

العملية - يلزم لهذه العملية ثلاثة مساعدين : واحد لمساعدة الجراح وواحد لاعطاء الكلوروفورم وواحد للضغط على عظمي العانة لاتقاء انفصالهما فجأة وقت قطع الأربطة . وطريقة العمل كالآتي :

(١) يفعل شق عمودى فى الجلد والأنسجة المجاورة طوله ٣ سنتيمترات يبدأ فوق العانة بسنتيمتر ونصف وينتهى فى البظر . ويعمق الجرح الى أن يُحس بأن المشرب يحكّ العظم .

(٢) يفعل شق في صفاق العضلتين المستقيمتين يكفي لادخال الأصبع خلف العانة .

(٣) تفصل المثانة والأنسجة التي حولها على مسافة ٥ سنتيمترات من كل جهة اتقاء لتمزق قناة مجرى البول في أثناء انفصال العظام .

(٤) تقطع أربطة العانة من الخلف الى الأمام ومن أعلى الى أسفل، ما عدا الرباط العاني السفلي لأنه يكون كبيرة ويساعد على الثام المفصل ولكن في بعض الأحوال تضطر الى قطعه اذا كان الضيق كبيراً .

ويكون المساعدان في هذا الوقت متخذين مزيد الاحتراس لمنع عظمى العانة من الانفصال فجأة .

(٥) يُخلَّص الجنين بالجفت أو بالتحويل أو تترك الولادة تنتهي طبيعياً . ويجب أن تذكر وضع وخر الذي يطيل القطر المقدم الخلفي سنتيمتراً (٦) توضع قطعة من شاش اليودوفورم خلف عظمى العانة لمنع الأجزاء الرخوة من الانضغاط بينهما ويخرج طرف الشاش من أوطاً جزءه في الجرح .

(٧) تُلَام حافتا الجرح بغرز عميقة من امعاء دود القز تمر للعظم وتحتوى على السمحاق . وفي أثناء ربطها يضم المساعدان العظمين المائنين أحدهما الى الآخر .

(٨) يُخرج الشاش اليودوفورى يجذبه من الطرف الموجود في أسفل الجرح . ثم تفعل غرز سطحية ان اقتضى الأمر ذلك .

(٩) يغير على الجرح كالعادة ويوضع رباط بطني متين جداً حول الحوض لجمال العظمين منضمين أحدهما الى الآخر .

أما المعالجة بعد العملية فتتخصص في اضجاع المريضة على ظهرها على فراش

صلب مدة ثلاثة أسابيع . وتكرر القشطرة بانتظام ويغير الرباط كلما اتسخ . وبعد مضي أربعة أسابيع تترك المريضة الفراش ولكن تؤمر بأن تحزم بحزام حوضي مدة سنة على الأقل .

أمطار العملية - أخطار هذه العملية هي : -

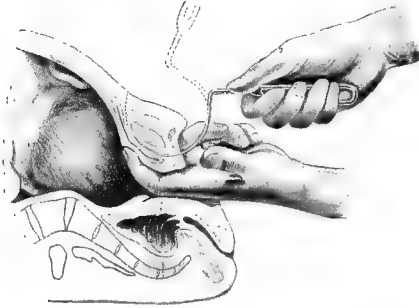
- (١) تمزق المثانة وقناة مجرى البول .
- (٢) حدوث نزف من وصول التمزقات للبظر .
- (٣) تمزق الارتفاق المعجزى الحرقفي .
- (٤) عدم الشام العظيم المائين .

✽ قطع عظم العانة ✽

الأدلة على وجوب عمل هذه العملية هي نفس أدلة العملية السابقة . ولكنها تفضل عليها في انها أسهل عملاً وفي أن خطر إصابة المثانة وقناة مجرى البول أقل فيها منه في سابقتها ، وفي أن حوافي العظم تكون أسهل التئاماً من حوافي الفسروف . ويضاف الى ذلك انه في المعالجة بعد العملية لا يلزم أن يكون الحزام الحوضي متيناً جداً كالعملية السابقة ، وانه في بعض الأحيان تكون الزيادة التي تحدث في القطر المقدم الخلفي ثابتة .

وأكثر ما تعمل هذه العملية في الأحوال التي يخطئ فيها المولّد في تقدير حجم الرأس وسعة الحوض فاذا دنا المخاض وطال يضع الجفت فلا يدخل الرأس الحوض فيضطر إلى ما الى التفيت أو الى عمل العملية القيصرية ، أو قطع العانة . والأفضل أن يختار قطع العانة اذا كان الضيق من الدرجة الثانية وعلى الأخص لو كان الضيق في المضيق السفلي لأن الاتساع الذي يحدث في الحوض في هذه الحالة يكون أكثر نسبياً مما يحدث اذا كان الضيق في المضيق العلوي

ويتضح ذلك جلياً لكل من أجرى هذه العملية في الأحواض القمعية ،
والتي تقرب في شكلها من حوض الذكر .

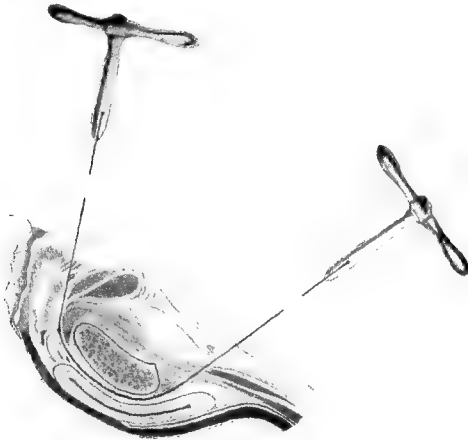


(شكل ٢٤٧) قطع عظم العانة — ادخال الابرة — طريقة بيم

أنفولدت — منشار جيجلى وابرة دودرلين .

العملية — تفعل أولاً سداة مهبلية لمساعدة تمديد الفوهة الظاهرة
والمهبل ولتنبيه الطلق . ثم تنام الوالدة على حافة السرير بالعرض ويقف
مساعدان على جانبيها لضغط العظام وقت انفصالها ثم تعطى كلوروفورماً
وترفع السداة المهبلية . ثم يفعل شق عمودى على بُعد سنتيمتر ورربع من
العانة وعلى أحد الجانبين . ويكون طول الشق كافياً لمرور الأصبع ثم يعمق
الشق الى أن يصل الى العظم ثم يدخل فيه اصبع لفصل المثانة . ثم تمرر
ابرة دودرلين من الجرح وراء عظم العانة محترسين أن تكون الابرة في أثناء
مرورها شديدة الالتصاق بالوجه الخلقى لعظم العانة . ثم يوضع اصبع في
المهبل ويبحث به عن نهاية الابرة التي نجدها دافعة الأغشية الرخوة امامها وبارزة

من تحت قوس العانة على بُعد سنتيمترين من الخط المتوسط . ثم تجذب الأنسجة المهبلية للجهة الأنسية حتى تكون العملية كلها خارج المهبل ونأمر المساعد بأن يفعل شقاً صغيراً فوق نهاية الابرة حتى تظهر من الجرح . ثم



(شكل ٢٤٨) قطع عظم العانة . الشر — طريقة بـ

يُرْبَط منشار ججلي في كلاب مخصوص موجود في نهاية الابرة ثم تجذب الابرة الى الأعلى فيرتفع معها المنشار ويخرج من حافة الجرح العليا . وبهذه الكيفية يكون المنشار مستعداً للعمل فنأمر المساعدين بضغط جانبي الحوض ونأمر مساعداً آخر بأن يضع يده فوق الوجه المقدم لعظم العانة ليدلنا على الوقت الذي يكون قد تم فيه نشر العظم . ثم نوضع قابضنا المنشار وينشر به العظم جاعلين المنشار مستقيماً على قدر الامكان حتى تقل اصابة الأجزاء الرخوة . ومتى ظهر لنا أن العظم قد تم انفصاله نخرج المنشار ونخيط الجروح

وتترك الولادة تتم طبيعياً واضعين الولادة في وضع ونحر لمساعدة اطالة الفطر المقدم الخلفي. فاذا لم تنتهِ الولادة بعد ساعة بوضع الجفت أو يفعل التحويل. أما المعالجة بعد العملية فكما العملية السابقة انما يمكن المريضة ترك الفراش بعد ١٦ يوماً. طريقة بم — هذه هي الطريقة التي نستعملها دائماً ونشير باتباعها. وتحضيراتها شبيهة بتحضيرات العملية السابقة.

الآلات الخاصة بها — ابرة بُم وهي المرسومة في (شكل ٢٤٧) ومنشار ججلي.

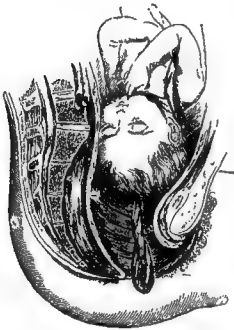
طريقة العمل — متى ابتدأ المخاض يحشى المهبل بشاش اليودوفورم أو بكيس شامبيتية دي ريب وذلك لمساعدة تمديد المهبل ولحفظ الأغشية من الانفجار المعجل. ومتى تمدد العنق تماماً يفجر الجيب ويبدأ في العمل بعد قنطرة المثانة على هذا النمط؛ يُمسك الشفر الأيسر باليد اليسرى ويُجذب مع الأنسجة التي تحته الى الجهة المقابلة ثم تمرر ابرة بُم من أسفل الى أعلى بدون قطع الجلد وعلى نفس الخط الذي رسمناه في العملية السابقة وراء الجهة التي نرغب أن ننشر العظم فيها. والأفضل أن يكون ذلك على بعد سنتيمتر ونصف من مفصل العانة. ثم تدفع البرة مهدية على أصبع موضوع في المهبل. ويجب أن تمر البرة ملاصقة للعظم وان أمكن تحت سمحاقه وذلك اتقاء لاصابة المثانة. ومتى ظهر سن البرة من الجلد يربط في ثقبها منشار ججلي، ثم تسحب البرة الى أسفل جاذبة المنشار معها، ثم تركب قابضتا المنشار كما هو ظاهر في الرسم. وبعد ذلك تقرب ساقا المريضة احدهما الى الأخرى، ويؤمر المساعد بأن يضغط جانبي الحوض حتى لا ينفصل العظم بسرعة فيمزق الأربطة المفصليّة. ثم ننشر العظم جاعلين المنشار مستقيماً على قدر الامكان. وغالباً يكفي تحريكه من خمسة الى ستة دفعات حتى ينشر

العظم تماماً . وغالباً يتبع ذلك نزف قليل يمكن إيقافه بالضغط أو بسد المهبل بالشاش اليودوفورى بعد الولادة .

وبعد ذلك تنوّم المريضة فى وضع ونحر وتترك الولادة للطبيعة . ومتى تمت الولادة يُسدّ الرحم والمهبل بالشاش اليودوفورى سداً متيناً ويرفع السد بعد ثمانى ساعات .

✽ سقوط الحبل السرى ومجيئه ✽

قد يسقط الحبل السرى وجيب المياه لم يتمزق وتسمى هذه الحالة مجيء الحبل السرى ، وقد يسقط الحبل السرى بعد تمزق جيب المياه وتسمى هذه الحالة سقوط الحبل السرى .



أسبابه - من الواضح أن سقوط الحبل السرى لا يمكن حدوثه إلا إذا لم يكن الجزء السفلى منطبقاً على الجزء الآتى به الجنين كما هو الحال فى المجيئات الجيدة إذا كان الحوض طبيعياً . أما فى الأحوال التى لا يحدث هذا التطابق فيها فإن الصلة التى تكون بين جيب المياه والسائل

الأمنيوسى العمومى تسبب انفجار (شكل ٢٤٩) سقوط الحبل السرى الجيب المعجلّ وخروج السائل الأمنيوسى العام بسرعة حاملاً معه الحبل السرى ، وأهم الأسباب التى تُحدث ذلك هى : -

- (١) ضيق الحوض وهو أهمها . (٢) المجيء المعيب مثل المجيء بالوجه والمقدمة والحاجب والمجيء المستعرض . (٣) الاستسقاء الأمنيوسى

(٤) الحمل التوأمي . (٥) وقد يسقط الحبل السرى من الأسباب الآتية أيضاً وهي : — الاندغام المعيب المشيمة ، وازدياد طول الحبل السرى ، واندغام الحبل السرى بالقرب من حافة المشيمة .

الفتشخص — من السهل تشخيص سقوط الحبل السرى لاننا يمكننا الاحساس بالعروة الساقطة إما في المهبل أو خارج الفرج . ومن الأمور الواجب ملاحظتها التحقق مما اذا كان الحبل السرى ينبض أو لا ينبض ثم عدّ النبضات للتأكد من حالة الجنين .

المعالجة — يوجد ثلاث طرق للمعالجة وهي :

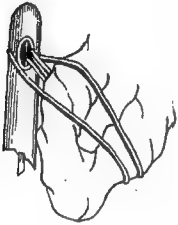
(١) ردّ الحبل السرى . (٢) عمل التحويل القدي . (٣) الولادة القهرية .
أما في الأحوال التي يكون فيها الحبل السرى عديم النبضات ولم تسمع ضربات الجنين فالجنين يكون ميتاً وليس ثمة داع للتدخل بل تترك الحالة للطبيعة . انما اذا كنا متأكدين بأن نبض الحبل السرى لم يقف إلا من بضع ثوان فالأفضل عمل الولادة القهرية لأن الجنين لا يموت إلا بعد وقوف نبض الحبل السرى بدقة أو أكثر .



(شكل ٢٥٠) وضع ترند لتبرج لمعالجة سقوط الحبل السرى

(١) ردّ الحبل السرى — اذا كانت الحالة حالة مجيء الحبل السرى ولم يكن الجزء الآتى به الجنين منحسراً فتفعل المعالجة بالوضع . وطريقة ذلك

أن تنام الوالدة على ظهرها في وضع ترند لنهرج الذي تكون فيه مقعدة الأم أعلى من رأسها . فهذه الطريقة يسقط الجنين في جهة القاع حاملاً معه الحبل السرى . ثم نفعل بعد ذلك خفصاً مهبلياً فإذا وجدنا الحبل غير موجود بجانب



(شكل ٢٥١)

كيفية رد الحبل السرى

الجزء الآتى به الجنين ندفع الأخير في الحوض ونحفظه في هذا الوضع الى أن يأتى طلق فيحشره . ثم نمزق الأغشية إذا كانت الفوهة متمددة ونأمر الوالدة بالعودة الى الفراش . ولوضع الوالدة في وضع ترند لنهرج يؤتى بكبرى ويقب على ظهره وتوضع فوقه وسادة وملاء وتنام الوالدة عليه كما يرى في

(شكل ٢٥٠)

فإذا لم تنجح هذه الطريقة أو إذا كان جيب المياه متمزقاً يلزم رد الحبل السرى باليد . وطريقة ذلك أن يعطى للوالدة منقوع لمنهها عن الحرق . ثم يسبك الحبل السرى باليد ويمرر فوق الجزء الآتى به الجنين ويُسبك في أحد الأطراف . ولكن هذه الطريقة صعبة العمل جداً لأننا كلما نجحنا في رد عروة تسقط عروة أخرى . وفي عملها يحسن أن تكون المريضة في وضع ترند لنهرج . وفي الأحوال التي لا تكون فيها الفوهة الظاهرة متمددة بمدداً كافياً لادخال اليد تفعل الطريقة الآتية : —

يؤتى بقشطرة صمغ مرن نمره ١٠ أو ١٢ من القشاطر التي يوجد داخلها سهم أعنى سلك من الحديد . ثم تأتى بقطعة من الحرير طولها عشرون سنتيمتراً وتربط طرفيها أحدهما بالآخر . ثم نمرر عروة منها في الفتحة الجانبية للقشطرة وندفع السهم في القشطرة بحيث يمر وسط العروة التي ادخلناها في الفتحة الجانبية . ثم نمرر الجزء من الخيط الحريري الذي في خارج القشطرة

خول العروة الساقطة من الحبل السرى وتلقه على قمة القشطرة كما هو موضح في (شكل ٢٥١). ومتى اتينا من ذلك ندفع القشطرة الى أعلى فوق الجزء الآتى به الجنين فيرتفع الحبل معها. ثم نسحب القشطرة الى الأسفل فتحل العروة وتخرج القشطرة بدون أن تجذب الحبل السرى معها ثم ندفع الجزء الآتى به الجنين في تجويف الحوض لمساعدة انخساره. وينصح بعضهم أن يُدفع في العنق (والقشطرة لا تزال رافعة العروة) كيس شامبيتية دى ريب لمنع العروة من السقوط وليسهل تمديد العنق.

(٢) التحويل القصرى — اذا كان المجيء بالرأس ولم ينجح رد الحبل السرى يفعل التحويل القصرى. وفائدة عمل التحويل هو أن الخطر من انضغاط الحبل السرى بين المقعدة والحوض أقل بكثير منه بين الرأس والحوض. انما يجب في عمل التحويل ملاحظة دفع الرأس في اتجاه بطن الجنين لا في اتجاه ظهره كما يفعل عادة حتى يساعد ذلك على زيادة اعتماد السرة عن الفوهة الباطنة.

(٣) وضع الجفت — اذا كانت الفوهة ممتدة فالواجب انتهاء الولادة بمجرد عمل التحويل. فاذا لم يمكن عمل التحويل بسبب انخسار الرأس يوضع الجفت. فاذا وجدنا الفوهة غير ممتدة تمدداً كافياً تفعل الشقوق الجانبية أولاً أو يمدد العنق بالطرق التي ذكرت قبلاً ثم يوضع الجفت. وبعد انتهاء الولادة تحاط الشقوق.

(٤) في بعض الأحوال التي يكون فيها العنق غير ممتد وبالأخص لو كانت المريضة بكريه وكان الجنين حياً ولم ينجح رد الحبل السرى ينصح بعض المولدين بعمل العملية القيصرية.

الفصل الثامن والعشرون

✽ الاعتناء بالمولود ✽

الحبل السرى — يسقط الحبل السرى عادة بين اليوم الثالث والسادس . جيداً أما الفيار عليه في هذه المدة فيجب أن يكون كالآتى : — يحفف الحبل ثم يذّر عليه مسحوق مكون من أجزاء متساوية من مسحوق البوريك والنشاء . ثم يؤتى بقطعة مربعة من القماش الناعم المعقم وتثقب من الوسط ثقباً كافياً لمرور الحبل السرى . ثم يدخل الحبل السرى فيها وتلف أطراف القماش حوله ثم يوضع فوقه القماط كالعادة ، ويكرر هذا الفيار يومياً .

الأمعاء — يتألف براز المولود في اليومين الأولين من المعى وبعد ذلك يصير لون البراز أصفر كالعادة . وقوامه يكون سائلاً ورأحته برازية قليلاً . ويكون عدد مرات التبرز من ٢ — ٤ يومياً .

البول — يتبول المولود حديثاً من ٦ — ١٥ مرة يومياً .

العوزة — متوسط وزن المولود وقت الولادة ٧ أرطال ويقل وزنه في الأربعة الأيام التالية ٢٠٠ جراماً . ثم يأخذ في الزيادة تدريجاً .

غذاء الطفل — يجب أن تكون نوب الارضاع في أوقات معينة ويجب تنبيه الوالدات الى الخطاء العظيم الذى يرتكبهن بارضاع أطفالهن كلما بكوا . فان أغلب أحوال النزلات المعوية التى يموت بسببها أكثر الأطفال منشأؤها الارضاع بغير انتظام . أما ترتيب الرضاع فيكون كالآتى : —

بعد الولادة بثلاث أو أربع ساعات يوضع الطفل على ثدى الأم . وفائدة ذلك مزدوجة ، فان الكولستروم الذى يكون فى الثدي وقتئذ يفيد فى تليين امعاء الطفل وفى الوقت ذاته تتنبه الاتقباضات الرحمية للام فتطرد

الكتل الدموية . أما مدة الشهر الأول فيجب أن تكون نوب الرضاع كل ساعتين ونصف مدة النهار والليل ما عدا مدة ست ساعات في أواخر الليل لا يرضع الطفل فيها . ومن ابتداء الشهر الثاني تزداد المسافات بين نوب الرضاع تدريجاً حتى أنه في نهاية الشهر الثاني يرضع الطفل مرة كل ثلاث ساعات . أما في نهاية الشهر الثالث فيرضع مرة كل ٣ ساعات ونصف .

✽ اسفكسيا المولود حديثاً ✽

ان المعنى الحرفي للفظه اسفكسيا هو وقوف النبض ، ولكنها تطلق الآن على الاختناق الناشئ من عدم دخول الهواء الى الرئتين . ولسهولة فهم الأحوال التي تُسبب الاسفكسيا سنشرح أولاً كيفية حدوث التنفس في المولودين حديثاً : ان تنفس الطفل وقت ولادته يتوقف على تنبّه مركز التنفس في المجموع العصبي . وهذا ينشأ من عاملين أولهما وأهمهما هو ازدياد حمض الكربونيك في الدم بسبب بطء الدورة المشيمية ثم وقوفها . والثاني التنبّه المنعكس للمراكز التنفسية الناشئ من تعرض سطح جسم الجنين للهواء البارد عند ولادته . ففي الأحوال العادية متى ولد الجنين وانكمش الرحم يصغر السطح الرحمي المندغمة فيه المشيمة ثم انها تأخذ أيضاً في الانفصال . فلهذين السببين يقل مقدار الدم الوارد لها فيزرق الجنين قليلاً من تجمع حمض الكربونيك في الدم . ومتى زاد مقدار حمض الكربونيك في الدم فإن مروره في الدورة يهيج المراكز التنفسية للجنين فيأخذ في التنفس . وقد يحدث في بعض الأحيان انه لسبب من الأسباب لا يتحرّض التنفس فيزيد مقدار حمض الكربونيك في الدم عن اللازم وتحوّل الحالة الى اسفكسيا . وقد تحدث الاسفكسيا أيضاً من أسباب أخرى : ففي المجيء بالمقعدة قد تتأخر ولادة

الرأس ويتعرض جسم الجنين للهواء البارد فيبدأ بالتنفس ورأسه لا يزال في الحوض فيمتص مخاطاً ودماً وعقياً فتتسد المسالك التنفسية .

وقد يصاب الجنين بالاسفكسيا قبل ولادته في أحوال ثلاث : —

(١) اذا قل مقدار الدم في الدورة المشيمية : (أ) اذا انضغط الحبل السرى بين الرأس والحوض ، (ب) من وجود عقْد في الحبل السرى أو من التواءه ، (ج) من انفصال المشيمة المندغمة اندغماً حميداً أو معيباً (د) من انقباض الرحم المستمر بسبب عسر الولادة .

(٢) اذا تنفس الجنين قبل خروج الرأس ، الأمر الذى يؤدي الى انسداد المسالك التنفسية بالسوائل .

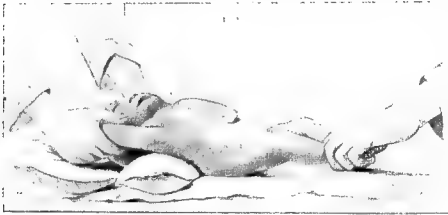
(٣) اذا أصيب المخ أو المراكز العصبية بضرر ناشئ من الضغط الشديد بالجفت ، أو فى أثناء خروج الرأس فى الحوض الضيق . وفى هذه الحالة تكون الاسفكسيا غالباً من النوع الثقيل وهو المسمى بالاسفكسيا البيضاء .
الأنواع — تحدث الاسفكسيا على نوعين : الأول الاسفكسيا البيضاء والثانى الاسفكسيا الزرقاء . أما البيضاء فهي أشد النوعين خطراً وفيها يكون جسم الجنين أبيض وقت ولادته . ويكون نبض الحبل واقفاً والقلب ضعيفاً جداً لا تكاد تسمع ضرباته . ويكون التنفس متوقفاً أيضاً . أما فى الاسفكسيا الزرقاء فيكون الجنين مُزَرَقاً والحبل ينبض بقوة وتكون ضربات القلب شديدة وبحاول الجنين التنفس .

المعالجة — تنحصر المعالجة فى أمور ثلاثة (١) تنظيف المسالك التنفسية (٢) عمل التنفس الصناعى الى أن يتنفس الجنين طبيعياً (٣) تنبيه الدورة ومعالجة أعراض الصدمة التى يكون الجنين مصاباً بها .
(١) فأما تنظيف المسالك التنفسية مما يكون موجوداً فيها من الدم

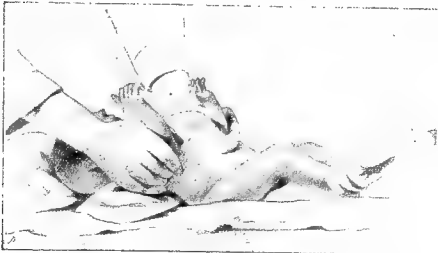
والخياط والعقّ قفائده واضحة لسببين : أولهما ان وجود هذه السوائل يعمق دخول الهواء الى الرئتين . والثاني أننا اذا سمحنا للجنين بان يتنفس من غير أن يُخْلَى فيه وحلقه من السوائل تمتصها المسالك الشعبية عند أول شهيق . ولذلك فتي وُلِدَ الجنين يُمسَح الفم والأنف والحلق مما يكون عالقاً بهما من السوائل بقطعة من الشاش النظيف ملفوفة على الأصبع . ثم يُمسك الطفل من قدميه ويُدلى رأسه الى الأسفل حتى تتحدر السوائل الى فيه ويسهل اخراجها . ثم يُضْرَب على ظهره قليلاً لتنبيه التنفس . فاذا لم يكن الازرقاق شديداً لا يقطع الحبل السرى بل يوضع الجنين على بشكير بين ساقى أمه ثم يدلك ظهره بالكُنْيَاك أو الكُحْل ويرش وجهه ورأسه بالماء البارد . ثم يوضع السبابة أو الأصبع الصغير في إسته لتنبيه التنفس . فان لم يفد ذلك يُجذب اللسان قليلاً بقطعة من الشاش ملفوفة على الأصبع ، ويستمر في جذبه قليلاً ثم ارخائه بحيث لا تزيد سرعة الجذب والارخاء في المرة الواحدة عن ثلاث ثوان . فاذا لم تفد هذه الطرق يُقَطَّع الحبل السرى . ويتبع النظام الذي سيذكر فيما بعد . هذا في الاسفكسيا الزرقاء . أما في الاسفكسيا البيضاء فيقطع الحبل من أول الأمر . ومتى قطع الحبل يضع المولّد الجنين على ركبته مضجعا على ظهره وملفوقا في بشكير أو بطانية مع ملاحظة أن يكون رأسه متديلاً الى أسفل . ويمكن أيضاً وضعه على خوان (طرايزة) . ثم يُضَغَط الصدر باحدى اليدين بلطف من أسفل الى أعلى . وباليد الأخرى تُضَغَط القصبة الهوائية ضغطاً خفيفاً من أسفل الى أعلى فيسبب ذلك خروج السوائل التي تكون في الصدر فتُمسح عندئذٍ من الفم بمنديل ويُعصر الأنف . فاذا وجدنا الخياط كثيراً تدخل قطرة رجال داخل الحنجرة وتُصَص بهما السوائل . ويجوز استعمال قشاطر معدنية أو صمغ مرص صلبة . وتُدخل القشطرة بهذه الكيفية : يُدْخَل السبابة

والشاهد (الوسط من أصابع) اليد اليسرى في فم الطفل الى الحلق ويوضع
الابهام من الخارج بحيث تُمسك الحنجرة بينه وبين الأصابع الأخرى. ثم
تمرر القشطرة باليد اليمنى مهدية على الأصابع الموضوعة في الفم حتى تدخل الى
الحنجرة. ولا يجوز أن تزيد المسافة بين قمة القشطرة وشفة الطفل أكثر من
عشرة سنتيمترات. ثم يُضَغَط الصدر من الجانبين وتعضر المسالك التناسلية
وتقص السوائل.

- (٢) أما طرق عمل التنفس الصناعي للجنين فثلاث.
- (١) طريقة سلفستر (ب) طريقة بيرد (ج) طريقة شولتز



(شكل ٢٥٢) طريقة سلفستر للتنفس الصناعي الحركة الاولى الشهيق



(شكل ٢٥٣) طريقة سلفستر للتنفس الصناعي الحركة الثانية الزفير

(أ) طريقة سلفسر — يوضع الطفل على طاولة أو على ركبتى أحد المساعدين مغطى بشكير ومدلى الرأس قليلاً. ثم تكلف إحدى الحاضرات بامساك قدميه كما ترى في الشكل ثم يُمسك المولد ساعدى الطفل ويجذبهما إلى أن يجاذيا رأسه أو يتجاوزاه إلى الوراء مع ملاحظة أن تكون راحتا الطفل إلى الأعلى. فهذه الحركة يتسع الصدر ويُشفط الهواء في المسالك التناسلية (الشهيق). ثم تُرجع الذراعان إلى الصدر وتُضغطان على جانبيه حتى يخرج الهواء من الصدر (الزفير). ثم تكرر هذه الحركات عشرين مرة في الدقيقة. ويستحسن في وقت عملها أن يُجذب اللسان إلى الخارج يحف اللسان أو بالأصبع المعمم بقطعة شاش في وقت الشهيق حتى لا يُعيق دخول الهواء، وأيضاً لينبه التنفس الطبيعي.

(ب) طريقة بيرد — يُمسك الجنين من وسطه، بحيث يتدلى رأسه من جهة ورجلاه من الجهة الأخرى كما ترى في (شكل ٢٥٤) فهذه الحركة يحدث الشهيق، ثم تُمسك الكتفان بأحدى اليدين والمعدة بالأخرى ويُثنى الجنين على نفسه فيحدث الزفير. والذين يستعملون هذه



(شكل ٢٥٤) طريقة بيرد، الشهيق . (شكل ٢٥٥) طريقة بيرد، الزفير .

الطريقة يفضلونها عن غيرها لعدم ضرورة وجود مساعدين لإمساك القدمين كما في الطريقة الأولى ولا يمكن عملها والطفل في الحمام.

طريقة شولتز — يفعل التنفس الصناعى بطريقة شولتز كالآتى : —
يُمسك الطفل فى كلتا اليدين بوضع الابهامين تحت رأسى العضدين من الامام،
والسبابتين على جانبي الصدر والأصابع الثلاثة الباقية من كل يد على الظهر
(انظر شكل ٢٥٦). ثم يطوَّح الطفل الى الأعلى بسرعة حتى يسقط جسمه
الى الأمام على الابهامين الذين على السطح المقدم للصدر (انظر شكل ٢٥٧)
وفى الوقت نفسه يُضغَط الصدر جانبيًا بالأصبعين السبابتين اللتين على جانبي
الصدر والأصابع الثلاثة التى على الوجه الخلفى للصدر فيصغر بذلك حجم الصدر
فى قطره المستعرض . ولوجود الجنين فى هذا الوضع تسقط الأحشاء على



(شكل ٢٥٧)
طريقة شولتز وضع الزفير



(شكل ٢٥٦)
طريقة شولتز وضع الشهيق

الحجاب الحاجز وتدفعه الى الأعلى فيصغر حجم الصدر فى قطره العمودى . وبهذه
الكيفية يحصل الزفير . ويساعد أيضاً وضع الجنين بهذه الكيفية على نزول
المخاط من الحلق . ثم يُبقَى الجنين فى هذا الوضع بضع ثوانٍ ثم يقلب ثانياً
الى الوضع العمودى . ومتى سقط الجنين الى الأمام يوقف الضغط عن الصدر
ويمسك من الكتفين حتى أت ثقله فى أثناء سقوطه يدفع الكتفين الى
الأعلى . وهذا الوضع ينبه الشهيق . ويجب أن يكون عدد نوب التنفس
من ٨ — ١٢ فى الدقيقة . واذا لاحظنا أن الجنين أخذ يتنفس من نفسه
(٧١)

فالأوجب مساعدته بفعل التنفس الصناعى فى نفس الوقت الذى يتنفس هو فيه . (٣) تنبيه البرورة ومعالجة الصرمة — يقوم ذلك بوضع الطفل فى حمام من الماء الدافىء فى درجة ٤٠° سنتجراد ويضاف الى الماء قليل من الخردل . ثم يعمل التنفس الصناعى بطريقة يبرد والطفل لا يزال فى الحمام . ثم يخرج الطفل من الحمام وينشف جسمه بيشكير . ثم يلف فى بشكير ويعمل له التنفس الصناعى بطريقة سلفستر . ثم يغمس الأصبع فى الكونياك ويدهن به حلق الطفل . وعادة تطلب الأهالى أن توضع بصلة على أنف الطفل لتنبيهه وهذا لا يضر الطفل ان لم يفده فلا بأس به .

كيفية السير فى المعالجة — اذا ولد الجنين مصاباً بالاسفكسيا البيضاء تفعل الطرق العلاجية الآتية : —

(١) يربط الحبل السرى . (٢) يوضع الجنين فى حمام من الماء الساخن الذى درجة حرارته ٣٨° الى ٤٠° سنتجراد . (٣) بينما يكون الجنين فى الحمام يُمص المخاط من حلقه بواسطة قثطرة معدن أو صمغ مرن . (٤) يُخرج الطفل من الحمام ويحفظ جيداً . (٥) يفعل التنفس الصناعى بطريقة شولتز أو يبرد خمس أو ست مرات . ثم تكرر الطرق العلاجية من (٢) الى (٥) جملة مرات الى أن يقف القلب عن الحركة أو تحول الاسفكسيا البيضاء الى اسفكسيا زرقاء . فاذا حصل الثانى يُغمر الطفل فى حمام من الماء البارد مدة بضع ثوان ويكرر التنفس الصناعى . ثم تكرر الطرق الآتية جملة مرات وهى (١) الحمام الساخن (٢) مص المخاط من الحلق (٣) الحمام البارد (٤) التجفيف (٥) التنفس الصناعى . وهكذا الى أن يعود تنفس الطفل . ثم تدلك لثة الطفل بالوسكى أو الكونياك لتنبيهه وكذلك

يدلك الصدر بالوسكي . وتجب ملاحظة عدم وضع الأطفال المصابين
بالاسفكسيا البيضاء في الحمام البارد لأنه يضعف القلب .
واذا وُلِدَ الجنين في حالة اسفكسيا زرقاء فلا يجوز قطع الحبل السري
الأمّي وقفت نبضاته

الفصل التاسع والعشرون

الطفل السليم

نمهد عام — متى انتهت من عملية الولادة فقبل أن تترك الوالدة والمولود
الخص الطفل لتعلم أن كان فيه عيب طبيعي . اخص النعم وانظر أن كان في سقف
الحلق شق . واخص الأطراف . وانظر أن كان الشرج مفتوحاً . وان ارتبت
في أمره فادخل ميزان الحرارة الى داخل المستقيم .

فاذا وجدت الطفل تاماً لا عيب فيه فألقِ على ذويه التعليمات اللازمة
للعناية به وبمسألة نموه يوماً فيوماً . ولا يخفى عليك أن معظم ثقة الأم بك
يتوقف على ذكائك وحذقك في هذا التدريب فقد لا تدرك الأم أهمية ما
تقوم به من التقييم في أثناء الولادة ولكنها تدرك تماماً كل خطأ في تدبير
صحة طفلها . فلذلك يجدر بنا أن نأتي على بعض الملاحظات العمومية في
مسألة العناية بالأطفال . يغلب أن أعراضاً بسيطة أو عرضية أو قصيرة
الآمد تمذك بالعلم اللازم المعالجة . ومن الأمور الواجب الالتفات لها في
الكشف على الأطفال ملاحظة هذه الأعراض البسيطة مهما كانت قليلة
الأهمية . ولذلك يجب أن تلقى الأسئلة الرئيسية عن غذاء الطفل ومواعيده
ومقداره وعما اذا كان يقاسي من الأرياح أو العرق أو الإمساك أو الإسهال

ولينتبه الطبيب لما يبدو من مخاوف الأم أو الممرضع أو المربية حتى ولو كانت حالة الطفل لا تدعو الى القلق فهن يراقبنه جيداً ويلاحظن تغيرات وجهه وأحواله التي تدل على انحراف صحته . فلذلك يجب أن تفحص جسم الطفل خفصاً دقيقاً متى قيل لك أنه عليل واطلب الى مربيته أو أمه أن تمرّ به . فاذا قالت الأم أنه نام الآن وتشفق ان توقظه ، أو أن الطقس بارد وتخشى أن يؤذيه البرد ، فقل لها أن صحته أم من هذا الاشفاق عليه . كن لطيفاً ورقيقاً حين تفحصه ولا ترعجه . دقّي أناملك وافتح عينيك .

✽ مميزات الطفل السليم ✽

يغلب أن تولد الأطفال سليمي الأبدان . حتى ان أبناء الأمهات اللواتي يمتن فيما بعد بالسل أو بمرض القلب أو من الجوع يغلب أن يولدوا سليمي الأجسام بالرغم من اعتلال أمهاتهم . والسنة الطبيعية تقضى بالحرص على النوع لا على الفرد ولهذا تكفل الصحة الجيدة للطفل على حساب أمه المائتة من السقم . ومن يرى الأطفال المديدين السليمي الأبدان في أحضان أمهات سقييات يأخذن العجب اذ يراهن أصحاء سمناً نشيطين . ذلك لأن الطبيعة تمنحهم بدءاً في الحياة حسناً . وانما يوافيهم الخطر من جرّاء جهادهم ضد مساوي المدينة .

الطفل السليم سمين لا يتقيأ ، يلتقم الثدي أو الرضاعة في الحال ، لا يقاسى من الأرياح ، يتغوّط ثلاث أو أربع مرات يومياً في الشهر الأول ولا يبكي كثيراً ولا طويلاً . ومهما طال بكاؤه فلا يتجاوز نصف الساعة . ولا تملو درجة حرارته بعد الأيام الثلاثة الأولى عن $37,8^{\circ}$ سنتيجراد اذا أخذت في المستقيم . أما برازه فهو رخو وأصفر . ولا يكون أخضر مطلقاً ولا يكون فيه كتل بيضاء . وجلده خالٍ من البقايا . ولسانه نظيف وخالٍ من البياض .

وزداد وزن الطفل السليم نحو ٧ أواق في الأسبوع في الأشهر الثلاثة الأولى ما عدا الأسبوع الأول . هذا إذا رضع الجنين من الثدي . وأما في التغذية بالرضاعة الصناعية فلا تضمن هذه الزيادة .

وأخيراً تعد حالة اليافوخ المقدم خير دليل على حالة الطفل الصحية ، فالعادة أن تكون مستوية مع عظام الجمجمة فإذا كانت منخفضة عنها أُنذرت باعتلاله .

ومتى دعيت لفحص طفل لتتحقق ان كان صحيحاً أو عليلًا فلاحظ كل هذه الاعتبارات . فإذا لاحظت فيه انحرافاً عن قواعد الصحة فاجتهد بتدقيق فيما اختل من أمر العناية به . لأنه بالرغم من اتباع المربية التعليمات اللازمة بالتدقيق تطراً على الأطفال حالات سيئة وأخطار مرضية تتطلب التحقيق الدقيق الذي يكشف غالباً السبب في مرضه

تعليمات عامة بشأن العناية بالطفل السليم - نعتقد أن الأيام الثلاثة الأولى أهم أيام الطفل في حياته . لأنه في هذه المدة تغلب المعارضة لجري الطبيعة . ويغلب أن تفضى هذه المعارضة لأذى الطفل .

البول - يجب أن يبول الطفل في مدة الأثنتي عشرة ساعة الأولى من عمره فاسأل ان كان قد بال . فإذا ظهر لك انه لم يبيل فقد تكون الموضع أو المربية أغفلت الحرقرة فجفت . لا تقلق طالما لا ترى تورماً أو انتفاخاً مستديراً فوق العانة حيث توجد المثانة . اغسل بقطنة مرطبة بالماء فتحة المجرى البولي ونظفها من الأوساخ ثم اسق الطفل بملعقة صغيرة من الماء البارد وضعه في حمام دافئ . ثم ضع أصبعك على فتحة المجرى البولي فتشعر بالبول وهو يندفق . فإذا لم يبيل الطفل مع كل هذه الوسائل فلا داعي للقلق

مادامت المثانة غير ممتلئة . اوعز الى المريية أن تضع قطعة من الفانلا الدافئة على أسفل البطن وأن ترأب خزقة الطفل في الساعات الست التالية . فاذا تأكدت أن الطفل لم يبُلْ في هذا الوقت فأجز في المجرى البولي قطرة صغيرة (ثمرة ١) معقمة فيجرى البول حالاً سواء في الذكر أو الانثى .

براز الطفل - يجب أن يتغوط الطفل نحو ٦ مرات في الأربعة والعشرين ساعة الأولى برازاً أخضر فاتماً هو العقي ويستمر هذا النوع من البراز يخرج مدة ثلاثة أو أربعة أيام ثم يصبح الغائط أصفر باهتاً . فاذا لم يتغوط الطفل في الاثنتي عشرة ساعة الأولى فادهن ترمومتراً بأى مادة لزجة كالزيت أو نحوه وأدخله في شرج الطفل حتى اذا أخرجه خرج البراز وراءه . هذا اذا كان الشرج مفتوحاً فان أحسن الأصبع بانسداد الشرج وجب عمل عملية فتح الشرج .

ماتة الطفل بعد الولادة - متى ولد الطفل لا تمارس أعضاؤه جميع وظائفها الفسيولوجية في الحال بل تحدث عدة تغيرات فسيولوجية ذات شأن . فالرئتان تجهزان الاوكسجين . ولكن وإن كان الطفل يصرخ بشدة فقد لا يكون التنفس مستوفياً أحياناً أى أن الهواء لا يصل الى أعماق الرئتين ، وقد لوحظ ذلك في فحص حوادث قتل الأطفال . ثم أن الدورة الدموية تستغرق وقتاً قبل أن تتم ، كما أن المركز العصبي الذى ينظم الحرارة يستعد للقيام بوظيفته . زد على ذلك أن أعضاء الهضم تستغرق وقتاً قصيراً حتى تمارس وظائفها كالواجب **أهمية ما تقدم** - فالصراخ اذاً هو خير الوسائل لامتلاء الرئتين فاذا لم يصرخ الطفل جيداً في الاثنتي عشرة ساعة الأولى يجب أن يُحمَل على الصراخ ولا سيما اذا كان ضعيفاً ولم يصرخ الصراخ الشديد .
وأما من حيث تنظيم الحرارة فوإن لم يكن ضرورياً ان يُلف الطفل

في الحال على أثر ولادته فيجب أن تكون الغرفة دافئة . وبحسن بالطفل أن يرأس برجليه وهو مضجع في مهده . وأما حمامه فلا ينبغي أن يكون أقل من ٣٧,٥ س .

وأما سوء عمل الأعضاء الهاضمة فأمر مألوف عند الأطفال وقد تعالجه المربية بإعطاء الطفل قليلاً من زيت الخروع أو الزبدة أو السكر أو الحليب ممزوجاً بالماء أو بعض سوائل أخرى ولكن ذلك غير مستحسن بتاتاً لأن صحة الطفل السليم الذي ولدته أم سليمة تحسن باتباع سنة الطبيعة .

الكولوستروم — لا ينبغي أن اللبن لا يبدو في ثدى الأم حتى اليوم الثالث من النفاس ولكن الثدي يفرز قليلاً من الكولوستروم ويظهر بأنه يساعد على تليين امعاء الطفل . وفي بعض الأحوال يدر الثديان لبناً في اليوم الثاني . فإذا رضع الطفل حينذاك فقد يتجاوز حده من الرضاعة ويتعرض لسوء الهضم . ولذلك لا يجوز أن يلتم الثدي إلا قليلاً تفادياً لخطر سوء الهضم . تأخر اللبن — وفي بعض الأحوال قد يتأخر در اللبن حتى اليوم الرابع أو الخامس فيجوع الطفل ويصرخ . ففي هذه الحالة يعطى مزيجاً من اللبن والماء كما سيذكر فيما بعد وذلك بعد أن تلقمه الثدي لكي يمتص منه ما يستطيع . وقد يقل اللبن في آخر الأسبوع وتمتنع بعض الامهات حينئذٍ عن الارضاع ولكن امتناعهن خطأ عظيم . فكثير ما يدر اللبن بعد ٢٤ أو ٣٦ ساعة إذا تناولت مقداراً وافراً من السوائل .

التغذية الشدوية — لا يوجد تغذية تضاهي التغذية الشدوية أي ارضاع الطفل لبن امه ولذلك يجدر بالطبيب أن يقنع الأم وسائر الأهل والمربية بضرورة الارضاع الشدوي . أن صحة الطفل وسلامة حياته قد تتوقفان على ذلك . وقد يلجأ أهل الطفل الى مناقشتك واقناعك حتى توافقي على رغبة

الأم أو المربية بأن يغذى الطفل بواسطة الإرضاع الصناعى . فإذا لم يكن تمت سبب مقنع لك أو ضرورة قاهرة فدع المسئولية فى موافقتك على ذلك تقع على سواك . ولما يدرك الابوان أن مستقبل صحة الطفل يتوقف على انقائه من الانحرافات الصحية مدة الطفولية . ولضمانة ذلك يجب أن يستوفى الطفل جميع حاجاته من الحماثر والعناصر الحيوية وسائر المواد الغذائية التى توجد فى اللبن البشرى المفرز فى حال الرضاعة دافئاً كاللازم وهى خواص جوهرية لا توجد فى أى لبن صناعى .

قد يعجز الطفل عن التقام حلمة الثدي أو قد ينام بعد قليل من التقامه الثدي وإنما يصرخ صراخاً شديداً حين يبعد عنه . وقد يتقيأ على أثر الارضاع أو قد يتغوط بعد كل ارضاع . وقد يصحب هذه الأعراض صراخ شديد وطرده أرياح وسوء هضم . ومنشأ هذه الأعراض عادة إما من عدم انتظام الارضاع أو من زيادة مقدار اللبن فى الرضعة الواحدة . فلذلك يجب التدقيق الكلى فى معرفة السبب . فإذا تيسر ميزان دقيق يوزن الطفل فيه قبل الارضاع وبعده تسهل معرفة مقدار ما يرضعه فى كل مرة . وإذا اطيلت الفترات بين الرضاع الى ساعتين ونصف كان ذلك كافياً لشفاء الطفل . أما اطعام الطفل الى حد التخممة واجلاسه على « القصيرية » بعد كل تغذية فانه يجعله يتناول من الغذاء أكثر مما يستطيع هضمه . أما اذا ظهر أن الطفل ينقص وزناً فى الاسبوع الثانى بالرغم من انتظام رضاعه فى حين أنه لا يتقيأ اللبن فيمكن أن يستنتج حينئذ أن لبن أمه فقير فى المادة الغذائية أو أنه قليل المقدار . وفى هذه الحالة يجب الاهتمام فى استزادة اللبن وتحسينه . ولسد هذا النقص يمكن الالتجاء الى لبن البقر المحلوب حديثاً . وليس أفضل من الاسلوب التالى : —

يُغلى مقدار قليل من الحليب في حلة مكشوفة ثم يبرد حالاً الى درجة حرارة الجسم ويعطى منه للطفل ملعقة صغيرة أو أكثر الى أربع ملاعق بعد أن يرضع كل ما في الثدي، نبتدى أولاً بملعقة صغيرة ثم نزيد تدريجاً حسب الحاجة . ولا يضاف ماء أو سكر الى هذا اللبن . وخير أن يلجأ الى هذه الطريقة من أن يعطى الطفل الثديين جميعاً في كل وجبة (أى ارضاع) .
وانما نفضل هذه الطريقة لأن الاختبار الفعلي أثبت نفعها، فيها نتحاشى عيوب الرضاعات الزجاجية . وهى تحول دون تثبيط همة الأم عن الارضاع حين ترى أن الرضاعة تقوم مقام الثدي . والغرض من عدم تحلية اللبن بالسكر تلافى اتخاذ الطفل منه اكثر من اللازم . واللبن المستخرج من الثدي حديثاً له من غير ريب قوة احياء اللبن الميت الذى يتميز به لما فيه من الحماض والمواد الدهنية Lipiads . واذا كان الثدي قليل اللبن وخفيف المادة احتاج الطفل الى جرعات من الماء يُعطاهها بين رضاع وآخر غير ممتزجة بماء ولا بسكر ، وليس من زجاجة . فاذا قبلها الطفل أعطيت له والا فلا . ولكن اذا كانت ممتزجة بسكر تعوّد الطفل أخذها حتى ولو لم يكن فى حاجة اليها . أما اذا ساعدنا الرضاعة الطبيعية بالرضاعة الصناعية فان الطفل بلا شك يفضل الرضاعة الصناعية لسهولة تناولها وشدة حلاوتها ولذا يصعب حمله على مداومة الرضاعة الطبيعية . والطفل المولود حديثاً يغلب أن يكون خلواً من الغريزة، فقد لا يلتقم الثدي الا اذا أخرج الجوع . وهو لا يشعر بالجوع فى الأيام الثلاثة الأولى . ولهذا ترتبك الأم وتقلق لعدم اقبال الطفل على الرضاعة .
فاذا كانت حلمة الثدي طبيعية فبالثؤدة يتعوّد الطفل أن يلتقمها . ولكن اذا كانت متقلصة أو غارقة فى الثدي فقد لا يعرف أن يلتهمها الا بعد صراخ شديد وبعد أن تذرف أمه دموعاً غزيرة .

أسباب وفيات الأطفال — يولد في مصر في كل عام نصف مليون طفل تقريباً ، يموت منهم في السنة الأولى من حياتهم أكثر من ١٥٠ ألف طفل ويموت في السنة الثانية أكثر من نصف هذا العدد . ونسبة وفيات الأطفال في السنة الأولى ٢٧ ٪ وهي متساوية في الاقاليم والبنادر . وهذه النسبة لا تشاهد في أى بلد آخر فهي في السويد ٩,٢٨ ٪ وفي إنجلترا ١٣,٢ ٪ وفي ايرلندا ٩,٧ ٪ وفي فرنسا ١٤,٤ ٪ وفي ألمانيا ٢١ ٪ وفي الولايات المتحدة ٩,٥ ٪ وفي اليابان ١٥ ٪ ونصف وفيات الأطفال في مصر سببها أمراض الجهاز الهضمي ، والنصف الآخر الذي لا يموت بهذه الأمراض يُصاب بها غالباً فتضعف صحته ويصير عرضة للإصابة بالأمراض الأخرى . والعناية بالجهاز الهضمي يجب أن تبدأ من يوم ولادة الطفل . فالحرص على صحة الطفل في أسبوعه الأول أهم من الحرص عليها في أسبوعه الثاني ، وفي هذه أهم منه في الثالث . لأنه كلما عاجل الطفل المرض باكراً كانت النتائج السيئة أكثر رسوخاً فيه . فسوء الأسنان وتشوّه الفكين واعوجاج العظام الراشترام والضعف البدني العقلي وقلة الهمة — كل هذه في أكثر الأحوال نتائج إهمال أمر الطفل في أوائل حياته .

والذي يراجع احصاءات مصلحة الصحة يجد أن ثلث الأطفال تقريباً يموتون في السنة الأولى من حياتهم . على أن مصائب الطفل ليست في معدل الوفيات كما هي في وفرة الأشخاص الذين يقاسون بعد ذلك في غضون تنازعهم البقاء بسبب التقصير في حسن تربيتهم وهم أطفال .

أوقات التنغيز — يُقدّم الطفل للثدي بعد ست ساعات من ولادته اذا كانت أمه صاحبة . ويرضع مرتين في الأربع والعشرين ساعة الأولى

و ٣ مرات في النهار ومرة في الليل في اليوم الثاني . ويسقى ملاعق صغيرة من الماء اذا كان يصرخ من العطش . ومن اليوم الثالث فما بعد يعطى الثدي كل ٣ ساعات في النهار ومرة في الليل : أى يرضع في السابعة والعاشر صباحاً والاولى والرابعة والسابعة والعاشر بعد الظهر والثالثة بعد نصف الليل . وتُحسب الفترة بين الرضاعة والأخرى من بدء كل رضاعة الى بدء الأخرى ، لا من نهاية كل رضاعة . والمحافظة على هذا الترتيب محتمة حتى اذا كان الطفل نائماً في ميعاد الرضاعة وجب أن يوقظ . وقد يتعذر أحياناً إيقافه . ففي هذه الحالة يترك نائماً حتى يحين ميعاد الرضاعة التالية . ولا يخفى أن تعويد الطفل على مواعيد التغذية مفيدٌ له كما يستفيد البالغ من المحافظة على مواعيد أكله ، ناهيك عن أن هذا الترتيب يبني الأساس للصحة الجيدة والخلق الحسن .

والطفل ميالٌ عادة للنوم في النهار والصحو في الليل . ولا يخفى ما في ذلك من ازعاج ذويه . على أنه يمكن التغلب على هذه العادة بتغذيته مرة واحدة في الليل . فاذا أُعطى الطفل الثدي مرةً إسكاتاً لصراخه في الليل لا تبقى ثمة راحةٌ لأهله بعد ذلك . وبصريح العبارة نقول من الضروري أن نصرّ على هذا الترتيب ولا نعبأ بصراخ الطفل طلباً للغذاء . فاذا عومل الطفل على هذا النحو خضع سريعاً الى ذلك الترتيب ونشأت فيه ملكة المحافظة على النظام . ان المصارات الهاضمة تُفرز في مواعيد معينة فلا يجوز أن تختل هذه المواعيد بإلقاء الطفل الثدي كلما عنّ له أن يصرخ . ثم ان لوظيفة الهضم مواعيد للراحة . ومما يدلّك على أهمية هذه المواعيد انه اذا كان امرؤ يتناول أىّ طعام في غير ميعاد الأكل يبقى غالباً هذا الطعام في معدته بلا هضم الى أن يحين موعد الغذاء المعتاد .

على المهضم يتوفق حسن الصحة، وعلى حسن النظام والمحافظة عليه يتوقف اعتدال المزاج.

كيفية الارضاع منه الثدي - اذا كانت الأم أو المرضع في السرير تنكح على جانب الثدي الذي تُلَقِّم الولد حلمته بعد أن تكون قد غسلتها جيداً بالماء الدافئ بواسطة قطنة . وعليها أن تنقبه جيداً الى أنف الطفل بحيث لا يكون غائراً في الثدي ثلاثاً يتعذر على الطفل التنفس حين يرضع . وقد يكون عدم انتباه المرضع الى هذا الأمر سرّ قوطها ان الطفل ضعيف جداً الى حدّ عجزه عن الرضاعة - ويمكن اكتشاف هذا السر بالمراقبة . ينبغي أن يرضع الطفل ثدياً واحداً فقط كل مرة والثدي الآخر يبقى للمرة التالية . واذا كان ثدي واحد فقط صالحاً للارضاع تستعمل الرضاعة الصناعية بدلاً من الثدي العاطل أى بالتناوب مع الثدي العامل . ذلك لأن اللبن الذي ينضج من ثدي واحد كل ٣ ساعات يكون خفيفاً وقليل الغذاء . وأما الثؤمان فيعطى كل منهما ثدياً واحداً . فاذا لم يتموا كاللازم وجب اسعافهما بالرضاعة الصناعية أيضاً .

كم يجب أنه يعطى الطفل في الرضعة الواحدة - القانون أن يُرضع الطفل قدر ما يريد دون التخمّة . وهذا القانون يسرى على الارضاع الصناعي أيضاً . فاذا أضعمت معدته فالزائد من الغذاء يتكتل ويتقيأ . فاذا تقيأ يعطى في الوجبة التالية قدرأ أقل . ويستدل على القدر الذي يتمصه الطفل من الثدي من المدة التي يقضيها في الرضاعة . فاذا تقيأ بعد رضاعة عشرين دقيقة يُرضع في الوجبة الثانية ١٥ دقيقة وهكذا تنقص مدة الارضاع كل مرة ما دام الطفل يتقيأ بعد الرضاعة الى أن يُهتدى الى أطول مدة لا يتقيأ فيها .

الوزن - يمكن وزن الطفل قبل الرضاعة وبعدها لتحقيق القدر الذى يأخذه من اللبن .

العناية بالحلمتين - يجب أن تُغسل الحلمتان بعد كل رضاعة بحلول البوريك ثم بقليل من الكحل المخفف (أو ماء كولونيا أو كنيك مع مثل قدره ماء) . وأما قبل الرضاعة فتغسل الحلمتان بالماء الدافئ . وقد تكون الحلمتان غائرتين ومع ذلك يُستغرب كيف يمكن الطفل أن يلتصقهما ويمتصهما . والحقيقة أن فم الطفل يضغط على الثدي فتبرز له الحلمة فيلتصقها . وعلى الأم أن تساعد الطفل على هذا العمل بأن تضغط على الثدي حول الحلمة بأصابعها أو بحلقة موافقة لذلك . فإذا تمذر على الطفل أن يظفر بالحلمة دعه يزاول ذلك مرة بعد مرة يومياً ودع الموضع تمشط الحلمة بأصابعها عدة مرار كل يوم حتى تبرز . ويمكن استعمال ترس الحلمة متى كانت الحلمة غير صالحة للارضاع .

الانتباه الى الموضع - الموضع مائلة الى اليمين فى الأكل . وهو أمر صارئ ولا سيما فى مدة النفاس . فان الموضع تُحَضُّ على الاكثار من الأكل وهو ما يفسد الهضم . فنبه عليها أن تحافظ على مواعيد الأكل وتمتدل فيه . اجعل امعاء الأم منظّمة باعطائها كثيراً من السوائل والفاكهة والبقول أى الخضروات . واذا مسّت الحاجة فأعطها من العقاقير السنا والكاسكارا وغيرهما من المليينات غير المهيجة . والشائع فى يقين العامة امتناع الموضع عن الفاكهة والبقول ، على أننا لم نجد نتائج سيئة من تعاطيها .

إذا شرع اللبن يدرّ أقل من الحاجة فاعط الأم مزيداً من السوائل . وهناك وهمٌ عام فى الظن ان اللبن الذى تشربه الأم يذهب لبناً الى ثديها . وهذا الوهم يفضى الى تجرّع الأم اللبن بين وجبات أكلها ، ولكنه يضعضع

شبهة الأم ويسبب سوء هضم لها . وكذلك هناك رأى عام آخر وهو أن البيرة تزيد اللبن في الثديين إذا رشفتها الأم . والأرجح أن هذا الظن صائب لأن رشف البيرة ونحوها معناه اتخاذ المزيد من السوائل . ولذلك قد يفي الماء القراح بالفرض لأن الأمر الجوهرى هو امتصاص السوائل لا رشف البيرة .

قد تتأثر الأم بكلام الزوار فتمتنع عن ارضاع طفلها بدعوى أنها غير قادرة على الارضاع ، أو أنها نحيفة البنية ، أو أن طفلها أقوى من أن تحتمل رضاعته . وكثيراً ما تقول الممرضة أو المريية أن الطفل ليس فى حالة مرضية أو أنه كثير الغازات أو أنه يأخذ أقل من اللازم من اللبن . فلا ينبغي أن تلتفت قط الى هذه الملاحظات بل عليك أن تصرّ على ارضاع الطفل من ثدى أمه فى المواعيد المنظمة ، وعارض كل مخالفة لهذه المعصية . وأخيراً تقول أن الأم العصبية المزاج قد تجرد الأرضاع مؤلماً لها . فعليك أن تقنعها بعظم فائدة الارضاع الطبيعى لابنها . فان الارضاع الطبيعى ولو أسبوعاً واحداً عظيم الفائدة .

ممرات اللبن — اللاكتاجول المستحضر من بيرة القطن نال شهرة واسعة فى ادرار اللبن وهو يعطى للأم فى اللبن بمقدار ملعقة صغيرة ٣ مرات فى اليوم . ويقال أن لبن الأم المشفوط بالشفاطة اذا حقن به الثديان بمقنة تحت الجلد كان مفيداً . وهو يعطى كل مرة من ٣ الى ٤ دراهم . على أننا لم نختبر استعماله ، وأنهم من هذا وذاك تدليك الثدي واستعمال المكدمات الحارة والباردة بالتناوب .

أوقات الارضاع — فى الاشهر التالية للشهر الاول يفضل أن يكون الارضاع كل ٤ ساعات والآلحاض الكلوريدريك لا يكون موجوداً فى

المعدة قبل هذه المدة . وهذا الحامض يكون كمطهر طبيعي ويمدّ المعدة لقبول الوجبة التالية من الطعام .

المقاير التي تنفر في بطن الأم — في بعض الأحيان تأخذ الأم مسهلًا فيتأثر الطفل لأن بعض المقاير تنفر في بطن الأم . والمظنون ان الكسكارا ساجرادا أقلّ المقاير اتصالاً بالابن . وأما البلادونا والافيون فلا يجوز أن تعطى للرضع . وكذلك لا يجوز أن تتعاطى البرومورات واليودورات طويلاً .

النساء اللواتي لا يستطعن الارضاع :-

- ١ — من كان عندهنّ مرض عضال كالسل أو ضعف القلب .
 - ٢ — من لم يكن عندهنّ لبن . وهنّ نادرات . والغالب أن قلة اللبن تكون ناشئة عن إبعاد الطفل عن الثدي أو تجنب مزاوله امتصاصه .
 - ٣ — المصابات بالتعفن والحميات النفاسية .
 - ٤ — المصابات بالتهابات الثدي الخلالية .
 - ٥ — النساء المختلات العقول .
 - ٦ — النساء اللاتي فقدن دماً وافرًا في مدة الولادة .
 - ٧ — النساء الضعاف جداً اللواتي يضرهن الارضاع اضراً جوهرياً .
 - ٨ — النساء اللواتي يضطرون الى العمل لتحصيل الرزق .
- وبعض النساء يأتين أن يرضعن أطفالهنّ لأسباب شخصية . فأقنعهن أن لبنهنّ يخصّ الطفل وأكدهنّ خطر الارضاع الصناعي .
- كيف يوقف إدرار اللبن — اذا ربط صدر الوالدة برباط شديد يوقف إدرار اللبن . وقبل وضع الرباط يدهن الثدي بمرهم البلادونا ويوضع فوقه غيار من القطن . وتعطى الوالدة مسهلًا ملحيًا . واذا تورم الثديان أو انتفخا فاستعمل الشفاطة قليلاً ولا تستدر من الثديين أكثر من درهم من اللبن . فذلك

يزيل الألم ويندر أن يقتضى الأمر تكراره . ويمتدحون تعاطى جرام من خلاّت البوتاس ٣ مرات فى اليوم أو ٠,٣٠ من اليودور البوتاسى . ويقال أنه بهذه المعالجة يتوقف ادرار الثديين . ثم ان ايقاف ادرار الثديين تدريجياً ممكن بالاستعاضة من الثدي بالرضاعة الصناعية حيناً بعد حين حتى تقوم هذه مقامه أخيراً . وبهذه الوسيلة تتلاشى وظيفة الثديين تدريجياً من غير أن يتغرضاً للألم . وأما شفت الثديين مراراً أو التدليك نغطاً من الوجهة النظرية وضاراً من الوجهة العملية .

الأطفال الذين يجب أن يفردوا بالملعقة : —

١ — أولاً الأطفال المصابون بشق سقف الحلق ، أو لهم شفة كشفة الأرنب ولم تعمل لهم عملية .

٢ — الأطفال الذين حول فهم قرح زهرية أليمة .

المرضع المأجورات — يتمدح جداً أن تكون المراضع المأجورات موافقة . والشرط الجوهري فى الموضع المأجورة أن تكون خلواً من الأمراض المعدية ولا سيما الزهرى وأن يكون ثدياها سليمين وأسنانها سليمة وقوية ، وأن تكون ذات أخلاق دمثة ، وأن يكون طفلها من سن الطفل الذى ترضعه أو أكبر منه بشهرين على الأكثر ، وأن تكون صحته جيدة .

الارضاع الصناعى — لبن البقر أفضل الألبان للأطفال بعد لبن الأم أو الموضع المأجورة . ويقال أن لبن الحمارة أفضل منه ولكن يندر أن يتيسر . ويمتدحون لبن المعزى أيضاً ولكنه قد لا يتيسر فى بعض الأحوال . أما لبن الجوامس فيجب تخفيفه لاحتوائه على مقدار كبير من الدهن ومن المواد الزلالية تجعله عسر الهضم على الأطفال .

مقارنة لبن البقرة ولبن المرأة ولبن الماعز ولبن الجاموسة ولبن الحمار

لبن المرأة	لبن البقرة	لبن الماعز	لبن الجاموسة	لبن الحمار	
١٠٣١	١٠٣٣	١٠٣٠	١٠٣٥	١٠٣٣	الثقل النوعي
١٢٤	١٧٠	١٤٠	١٧٥	٩٨	المخلاصة الجافة
١٧	٣٦	٣٧	٥٦	١٧	مواد زلالية
٢٥	٤٠	٤٨	٧٦	١٢	زبدة
٧٠	٤٧	٤٧	٤٠	٦٣	سكر لبن

الفرو بين لبن البقر ولبن البشر — قد أثبتت المباحث الحديثة فروقاً مختلفة بين هذين اللبنين . فلبن البقر يشتمل على ٣ أضعاف ما يحتويه لبن البشر من البروتايد وهو نوع من الزلال . ويكون موجوداً على هيئة كازين وبروتايد ذواب (لاكتاليومين) .

الكازين بروتايد يحتوي على فوسفور متحد مع الكلس (الجير) ولا يُجمد بفعل الحرارة وإنما يُجمد بفعل أى حامض أو بفعل الحميرة .

البروتايد الذواب أسرع أنواع الزلال انضماماً وهو أكثر في لبن البشر منه في لبن البقر . والسكر يوجد في كلا اللبنين من نوع اللاكتوز على أنه في لبن البشر ضعفه في لبن البقر أو ثلاثة أضعافه .

وأما المادة الدهنية فوجوده في اللبنين على التساوى . على أن دهن اللبن البشرى معظمه يسيح عند درجة واطئة من الحرارة وهو أسرع انضماماً والليتين يدخل في تركيب الأعصاب وهو أكثر قدراً في لبن البشر منه في لبن البقر . اللبن البشرى يحتوي على الحامض اللبوني واللبن البقرى خلو منه . وذلك قلوى أو قليل الحمضية وعقيم (أى خال من البكتيريا) . وأما لبن البقر فخمضى لما فيه من السكروبات (الجراثيم) التى قد تبلغ في السنتيمتر المكعب (٧٣)

نحو ٢٠٠ مليون، حتى أنه إذا أخذ اللبن بأدق وسائل التعقيم لا يقل ما فيه من هذه الجراثيم عن ١٢ ألف في السنتيمتر المكعب.

كيف يجب ان نصلح لبن البقر فنجعله كلبن البشر — بعد هذا البيان يسهل استنباط طريقة لتنقيح لبن البقرة وجعله مشابهاً لبن الأم. فقد علمنا : —
١ — أن البروتايد في لبن البقر ضعفاء أو ٣ أضعافه في لبن البشر .
٢ — ان الدهن في اللبنين متساو تقريباً .

٣ — ان السكر في لبن البشر ضعفاء أو ثلاثة أضعافه في لبن البقر .
٤ — البروتايد غير الذواب في لبن البقر يكون مواد متكتلة أكثر مما يكونه في لبن البشر . على أن مغلي ماء الشعير (اللؤلؤى) يحلل أو يفرق هذه المواد المتكتلة تحليلاً صناعياً (ميكانيكياً) ، وكذلك قحمة من سترات (ليمونات) الصودا في أوقية من اللبن أو ماء الكلس (الجير) بدل ماء الشعير يحللان البروتايد المتكتل .

٥ — لبن البقر حمضى لما فيه من الجراثيم في حين أن لبن البشر قلوى أو ضعيف الحمضية . وكلما كان لبن البقر جديداً (طازجا) كانت حمضيته أقل . والأفضل أن يحفظ في وعاء فخارى في مكان بارد . وأما ملاشاة حمضية اللبن بإضافة بيكربونات الصودا اليه فغير مستحسنة لأن هذه المادة ليست من محتويات اللبن الطبيعية . على أن ماء الكلس يفضل عليه لأنه يحلل البروتايد المتكتل ويقاوم حمضيته .

٦ — تُتلف المكروبات بوسيلة من وسائل التعقيم ولكن غلى اللبن يتلف الليبيد Lipoids والحمائر ويزيل مقداراً كبيراً من الفوصفات . وربما كان المزيج التالى أفضل مزيج يمكن تحضيره : —

لبن	١ ١/٢ أوقية
قشدة	» ١ (١٥ في المائة)
ماء الكلس	» ١/٢
محلول سكر اللبن	» ١ ١/٢
سترات الصودا	٣ قححات

كيف يعطى هذا المزيج - لا يعطى هذا المزيج غير مخفف إلا بعد اليوم الثالث . ففي الأربعة والعشرين ساعة الأولى أعطى الطفل هذا المزيج مخففاً بإضافة ٣ أمثاله ماء وجبة واحدة فقط . وفي الأربع والعشرين ساعة التالية أعطاه منه وجبتين أو ثلاث وجبات . والغرض من هذا المزيج المخفف أن يقوم مقام الكولوستروم . وفي اليوم الثالث أعطاه المزيج كما هو غير مخفف بدل لبن الثدي . ونعتقد أن الطفل يعيش على هذا المزيج في الشهر الأول كما يعيش على أى طريقة أخرى صناعية إذا لم تقل أفضل . ولا يخفى أنه يجب أن يعقّم هذا المزيج كل مرّة قبل استعماله . وأما المقدار اللازم لكل وجبة فيتراوح بين أوقيتين أو ثلاث أواق .

محتويات المزيج - يمكن أن يبدل ماء الشعير بماء الكلس (الجير) . وماء الشعير يحضّر بغلي قدر ملعقتي شاي من الشعير اللؤلؤى في نحو رطل من الماء الى أن يتبخّر رُبْعُه ولكن يجب أن يُغسَل جيداً قبل الغلي . ويجب أن يُحضّر جديداً صباحاً ومساءً .

ماء الكلس - هو محلول مائى مشبع من الكلس النظيف ويحضّر بمزج الجير النظيف مع الماء في زجاجة نظيفة ، ثم يُنْمَل حتى يصفو ويترسب الماء الأول والثانى عنه حتى ينظف من الأملاح الأخرى البريعة الذوبان .

والأفضل أن يحضّر هذا الماء في البيت على نحو ما تقدم من أن يُشترى .

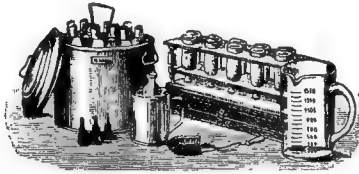
سكر اللبن — يشتري من الصيدليات ومحوله يحضر بأذابة ٣ أوقيت منه في نحو رطل ماء سخن، ويعقم نحو عشر دقائق ثم يحفظ في زجاجة مقفلة . ويمكن أن يستعاض منه بسكر ديميرارا Demirara القاتم ، بيد أنه أحلى ضعفين وأقبل للاختبار ويسبب غازات .

الفُسدة — القشدة المحضّرة في مصنع اللبن تحتوى على ٤٠ الى ٤٥ بالمئة من الدهن فإذا لم يتسنّ الحصول على هذه القشدة فاحفظ لبناً جديداً نحو ست ساعات وخذ ما طفا عليه من القشدة فهو يحتوى على نحو ١٥ بالمئة من الدهن .

منى صار عمر الطفل شهراً — نعتقد أنه بعد الشهر الأول يصبح لبن البقر غير الخفف خيراً الأغذية الصناعية للطفل . وإذا أمكن ارضاع الطفل الشهر الأول على الأقل كان أحسن حظاً لانه في نهاية الشهر الأول ينتظم عمل الهضم فيه . وإذا اقتضى الأمر المحتوم المدول عن الارضاع الطبيعي فيعطى لبن البقر غير مخفف، وإنما يضاف اليه قليل من السكر . ويسقى بين رضاعة وأخرى ماء نقياً لإفناء لما يحتاجه الجسم من السائل . ولا نظن أن الهضم يكون ضعيفاً كما يعتقد العموم . أما إذا خفف اللبن بالماء خففت معه العصارات المعدية الهاضمة . ولذلك تكون النتيجة أن اللبن الصرف أصبح من اللبن المخفف . وقبل أن يُستعمل اللبن يُعقّم نحو ٢٠ دقيقة في معقّم سوكهملت (انظر شكل ٢٥٨)

التغذية بلبن البقر الصرف — في اللبن الصرف القدر اللازم من المادّة الدهنية . فإذا أضيف اليه السكر اشتعل على القدر اللازم من المواد الكاربوهيدراتية . وأما الكالزيم فيه ازيد من المطلوب . والزائد منه ينصرف من المستقيم (غير مهضوم) ولذلك يكون البراز وافراً . ولا يندر أن يكون

مبييضاً بما امتزج فيه من كتل اللبن غير المهضومة . فلا بأس في ذلك ما دامت صحة الطفل جيدة ، ويندر أن يكون عند الطفل امساك . أما اللبن ووزن اللبن اللذان ينفذ بهما الطفل في الشهر الأول فيجب أن يعقما دائماً قبل التغذية . اما الغلي فيتلف الخواص الغذائية في اللبن ، وانما التعقيم على قاعدة باستور



(شكل ٢٥٨) جهاز سوكهت لتعقيم اللبن .

أقل اتلافاً لها . والغلي لا يقتل بذور الجراثيم . ولذلك يموت بعض الأطفال في بعض الأحوال من الاسهال الحاد المسمى بكوليرا الأطفال حتى ولو كان يغذى باللبن المعقم . على أن هذه الأحوال نادرة ، والخواص الغذائية التي في اللبن المعقم اذا قيسست بخواص اللبن المغلي تضمن الوقاية من هذا الخطر النادر . فبالتعقيم باستورى تهلك الجراثيم المرضية ومن جعلتها باشلوس السل و باشلوس التيفوئيد والباشلوس القاوونى . وقبل التعقيم تضاف قححة الى ٣ قحات من سترات الصودا الى أوقية من اللبن الصرف .

الماء وأوقات التغذية باللبن الصرف — قلنا آنفاً أن اللبن الصرف قليل السائل (بالنسبة الى اللبن البشرى) ولذلك يحتاج الطفل الى ماء بين رضاعة وأخرى فيسقى منه بالمعلقة الصغيرة . وأما الرضاعة فلا ينبغي أن تكون متواترة . يكفى الطفل أن يغذى كل ٣ ساعات في الثلاثة أشهر الأولى . وبعد شهره الثالث كل ٤ ساعات .

جدول تغذية الأطفال بالارضاع الصناعى لغاية سن سنة واحدة

لبن البقرة

السن	الوزن جرام كيلو	عدد الرضعات		مجموع الرضعات	الفترة بين الرضعات	كمية اللبن في الوجبة جرام	كمية اللبن في ٢٤ ساعة جرام
		نهاراً	ليلاً				
اليوم الاول	٣٠٠٠	٢	٠	٢	٠	١٠٠	ويضاف قدرها ماء
» الثاني	—	٣	٠	٣	١	١٥٠	»
» الثالث	—	٤	٠	٤	٨	٢٠٠	»
» الرابع	—	٥	٠	٥	٦	٢٥٠	»
» الخامس	—	٥	٠	٥	٥	٣٠٠	»
» السادس	—	٦	٠	٦	٤	٣٥٠	»
» السابع	—	٦	٠	٦	٣	٤٠٠	»
اليوم الاول	٣٠٨٠٠	٦	١	٧	٣	٥٦٠	» الثالث ماء
» الثاني	٤٥٠٠	٦	١	٧	٣	٥٦٠	» لبن صافى
» الثالث	٥١٠٠	٦	١	٧	٣	٧٠٠	»
» الرابع	٥٦٠٠	٦	١	٧	٣	٧٠٠	»
» الخامس	٥١٠٠	٦	١	٧	٣	٧٠٠	»
» السادس	٥٦٠٠	٦	١	٧	٣	٧٠٠	»
» السابع	٧١٠٠	٦	١	٧	٣	٧٥٠	»
» الثامن	٧٦٠٠	٦	١	٧	٣	٧٧٥	»
» التاسع	٨١٠٠	٦	١	٧	٣	٨٧٥	»
» العاشر	٨٤٠٠	٦	١	٧	٣	٩٢٥	»
» الحادى عشر	٨٧٠٠	٦	١	٧	٣	٩٥٠	»
» الثانى عشر	٩٠٠٠	٦	١	٧	٣	١٠٥٠	»

كيفية التعقيم — يشمل جهاز سوكسهلت على منضدة تشتمل على عشر زجاجات موضوعة في حلة . ويفرغ اللبن أو مزيج اللبن في هذه الزجاجات في كل وجبة أى بين $2\frac{1}{4}$ أوقية وه أواق في الأشهر الستة الأولى وبين ٥ و ١٠ اواق في الأشهر الستة التالية . ويسد قم كل زجاجة بسدادة أو غطاء من المطاط (الكاوتشوك) . ويفرغ الماء في الحلة حتى يبلغ نحو ثلثي طول الزجاجات . ثم يغلي هذا الماء . فلا يخفى أن اللبن أو مزيج لا يغلي وإنما تبلغ درجة حرارته الى 75° س في الدقيقة العاشرة . يبقى مزيج اللبن في الماء الغالى نحو ١٠ دقائق وإذا بقي أكثر من ذلك فقد يفقد خواصه المغذية . وفي مدة الأشهر الثلاثة الأولى يبقى اللبن الصرف في الماء الغالى نحو ٢٠ دقيقة وهكذا يتعقم لأن درجة حرارته تقارب درجة الغليان . وبعد الشهر الثالث يكفي أن يبقى نحو ١٠ دقائق . والأفضل اعداد اللبن صباحاً ومساءً . ولا يخفى أن المطاط الذى يغطى قم الزجاجات يدخل قليلاً في الزجاجات بعد أن تبرّد وبذلك يحبس الهواء عنها . ولذلك ينبغي أن تبرد اللبن عاجلاً بوضع الزجاجات في الماء البارد حالاً وإذا كانت الزجاجات تشقق أو تتكسر بانتقالها المفاجئ من درجة الغليان الى الماء البارد فغير أن تنقل الى مكان بارد لتبرد لنفسها .

الارضاع بالرضاعة الزمائية — متى شاءت المربية أن تغذى الطفل تأخذ زجاجة من تلك الزجاجات المقعّمة الباردة وتضعها في ماء سخن . ثم تنزع عن فمها غطاء المطاط وتضع مكانه حلمة مطاط نظيفة وتلاحظ أن تكون أصابعها نظيفة أيضاً . ويجب تنظيف هذه الحلمة من الباطن والخارج بل يجب غليها أيضاً قبل كل تغذية أو مرة في اليوم على الأقل ، وحفظها دائماً في محلول الصودا ثم يغذى الطفل رأساً من الزجاجات . نعم انه لا منفذ للهواء الذى يجب أن يحل محل اللبن الذى امتصه الطفل ولكن الطفل يعود

من نفسه أن يترك الحلمة هنيئة حتى يدخل الهواء . فإذا لاحظت صعوبة في الامتصاص فلاحظ ان كان ثقب الحلمة ضيقاً أو واسعاً كفاية ووسعه حسب الاقتضاء . ولا يخفى أن التغذية بالرضاعة تستغرق وقتاً طويلاً حتى نصف الساعة ولكن لا بأس في ذلك . على انه يجب أن يستمر الطفل راضعاً حتى النهاية من غير أن ينام في خلال ذلك ثم يصحو ويعود الى الرضاعة ثانية .

بـعـر الشهر السادس — تظهر الأسنان الأولى في الشهر السادس وعندئذ يجب أن يضاف الى اللبن شيء من أغذية الأطفال كغذاء ميلن أو بنجر . وذلك بأن يضاف نحو ملعقة صغيرة من أحد هذه الأغذية الى قليل من اللبن ويغلياً معاً نحو عشر دقائق ثم يضاف هذا المزيج الى لبن الرضاعة ومن الشهر الثامن أو التاسع أو العاشر يطمم الطفل عن الثدي أو الرضاعة .

غذاء الأطفال الضعفاء — ربما كانت أمهات بعض الأطفال الضعفاء لا يستطعن عمل هذا المزيج الذي نفضله أو اقتناء معقم سوكسهلت . فاعطهن أو صف لهن زجاجة أو مقداراً من سترات الصودا وهن يتبعن السكر وبعد ذلك يمكن أن يُحضرن هذا الغذاء الصناعي : —

لبن	درهم ونصف
ماء الشعير اللؤلؤي	٣ دراهم
سكر	ملعقة صغيرة
سترات الصودا	٣ قحاحات

والغرض من سترات الصودا أن يحمل قسماً من الكازيين غير عامل عمل غذاء، وان يمر هذا القسم في الأمعاء كنفاية منبهة لعمل الأمعاء . ولا تستمر على اعطائه اذا اقتضى الأمر تقوية الطعام .

وفي إمكان الأمهات أن يَضَعْنَ هذا المزيج المذكور آنفاً في زجاجة والزجاجة في حَلَّةٍ محتوية على ماء بارد ثم يغلى ماء الحَلَّةِ نحو عشر دقائق . وإذا لم يتَسَنَّ ذلك أمكن وضع الغذاء نفسه في حَلَّةٍ صغيرة وتسخينه حتى تبلغ حرارته درجة ٧٥° س . ثم يبرِّد حَالاً بوضع الحَلَّةِ كما هي في ماء بارد . ويجب أن يحفظ هذا المزيج في زجاجة نظيفة مقفلة توضع في ماء بارد .

مِفْظُ الرِّضَاعَةِ وَالْحَمَاضِ نَظِيفَيْنِ — هذا أمر ضروري وجوهري في تغذية الأطفال . لأن بقايا اللبن حول الحامة وفي الزجاجة الرضاعة تكون مرعى للجراثيم حتى إذا دخلت مع اللبن الى جوف الطفل في غصون رضاعته جعلت فيه عفونة معوية ومعيديّة .

تفصل الزجاجات بالماء البارد وتفرك بفرشاة من الداخل والخارج قبل التغذية وبعدها وتحفظ في محلول الصودا حين لا تستعمل . ولا يجوز أن يكون للزجاجة أنبوبة مطاط . والأفضل استعمال زجاجتين بالتناوب وأن تُغلى مرتين في اليوم على الأقل . والحامتان تفسلان جيداً قبل التغذية وبعدها من الخارج والداخل وتغليان مرة في اليوم على الأقل وتحفظان في محلول الصودا . **وضع الطفل في أثناء التغذية** — دع الموضع تحمل الطفل على ذراعها . ولا يجوز أن يرضع وهو في مهده .

التغذية المختلطة — إذا لم يزد وزن الطفل من جراء الاقتصاد على التغذية من الثدي وحده يُعطى أحياناً الغذاء من الزجاجة المحتوية على مزيج غذاء مِلن أو غذاء بنجر على أثر انتهائه من رضاعة الثدي .

القطام — لا يجوز أن يُفطم الطفل أى يمنع من الثدي دفعة واحدة بل يكون منعه تدريجياً وفي مدة غير قصيرة والأفضل تعرّض لأشد الأمراض الهضمية . ويبدأ القطام عادة بعد الشهر الثامن فتصير به التغذية مختلطة .

ويشدي ذلك بأن يُعطى اللبن بالملقعة مرة في اليوم . فاذا بقي سليماً معافاً يُعطى اللبن بالملقعة ويلقم الثدي بالتناوب . وأحياناً يمكن أن يلقم الرضاعة الزجاجية بدل الملقة وفي هذه الحالة يُفطم عن الرضاعة الزجاجية في الشهر الثاني عشر . على أن الفطام بهذه الكيفية يستغرق شهرين أو ثلاثة .

لا تقطع الطفل عن الثدي في فصل الحرحين تكثر حالات الاسهال بل انتظر حتى ينتهي فصل الإسهال . ولا داعي لابطال الارضاع متى بدأت الموضع تبيض .

✽ أحوال الطفل الصحية العمومية ✽

الهواء الطلق — الهواء الطلق ضرورى للصحة . فننصح بأن يُخرج بالطفل الى الهواء الطلق في شُرْفَة محجوبة عن الريح بعد الأسبوع الأول إلا اذا كان مطر أو كان الهواء رطباً أو بارداً جداً . وكلما أُعجل في اخراج الطفل في مركبة اليد (الأفضل أن يكون ذلك في الأسبوع الثالث) كان أفضل لحصوله على الهواء النقي ، ولأنه أسهل على المربية أن تدفع المركبة أمامها من أن تحمل الطفل على ذراعها ، وذلك أفضل له أيضاً . ولهذا لا تملّ المربية البقاء مدة أطول في الهواء النقي . بل يحسن جداً أن يبق الطفل في نور الشمس معظم النهار ما عدا أوقات التغذية اذا كان الطقس معتدلاً .

أما الغرفة التي تخصص للطفل فيجب أن تكون مفتوحة الشباك نهاراً وليلاً صيفاً وشتاءً . مع ملاحظة أن يكون مهد بعيداً عن مجرى الهواء وأن تكون الغرفة دافئة .

الحمام — تحامياً لابتلال جبل السرّة يفضل أن يكون ماء الحمام قليلاً حتى لا يبلغ الى السرّة الى أن يسقط ذلك الجبل . ولا ينبغي أن يغطس الطفل في الماء قبل سقوط الجبل . وكذلك لا ينبغي أن يفرك بالمنشفة لأن جلده

لا يزال رخواً فلا يحتمل الفك بل يكفي أن يُلَفَّ بمنشفة مدفأة تمتص الماء عن جلده وبعد ذلك يُدَرَّ على أريية الفخذ والاليتين وتحت الابط بمض المساحيق كالمسحوق الآتي : —

مسحوق البوريك	١ جزء
او كسيد الزنك	٣ أجزاء
نشاء	٦ أجزاء

ومتى سقط جبل السرة — وهو يسقط عادة بين اليومين الخامس والعاشر — يحمَّم الطفل مرتين في اليوم صباحاً ومساءً بحيث تكون درجة الحرارة نحو ٣٢ س . ولا ينبغي أن يغطَّس الرأس بل يُلقَى على الذراع .

العناية بالمعنين والفم — يجب أن تُمسح عينا الطفل السليم بالقطن والماء الدافئ صباحاً ومساءً، وأن يُغسل الفم ثلاث مرات في اليوم بالقماش أو القطن المشبع بالماء الدافئ أيضاً . وذلك بأن يكسى الأصبع بأحد هذين ويُمسح به الفم بلطف .

العناية بجبل السرة — يجب أن يُضمَّد الجبل يومياً . فيُدَرَّ عليه المسحوق أولاً . ثم تأخذ غياراً أو قطعة قطن وتثقب في وسطها ثقباً ليدخل فيه طرف الجبل ثم تضعها على السرة بحيث يبرز جبل السرة منها وتُدَرَّ عليها المسحوق بكثرة وتطويها ثم تحفظها مكانها بواسطة حزام أو رباط . فإذا بقي هذا الجبل جافاً سهل سقوطه .

العناية بقلبة الصبي — يجب أن تُقلب قلبة الصبي وتغسل حشفة القضيب كل يوم بأسفنجة . وفي أيام قليلة تستطيع المريضة أن تقلب القلبة تماماً بسهولة ومن ثمَّ يجب أن تقلبها عن الحشفة وتغسل هذه كلما حمَّمت الطفل . وإذا

وُجدت صعوبة في ذلك أو كانت القلفة ملتصقة بالحشفة فعملية الختان خير علاج .

النوم — يحذر أن يبقى الطفل في مهد خاص به متى لم يكن خارج المنزل إلا إذا كان يُغذى . أما إذا تعود أن ينام الى جنب أمه في سريرها يتعدّز عليه بعد ذلك أن ينام في مهد خاص به ويزعج ذويه بصراخه ويبقى متأرقاً قلقاً . لا تدع الزوار يتداولون الطفل لئلا يفسدون نظام نومه فيجب أن يُعاد الى مهده حالما يفرغ من الرضاعة . وهزّ المهد بعد الرضاعة صارّاً جداً . لا ينبغي أن تُدْفَأ الغرفة في الشتاء خاصة لأجل الطفل والّا اقتضى الأمر أن تُدْفَأ له دائماً . ودرجة الحرارة التي توافق الكبار توافق الأطفال أيضاً . ويجب أن ينام الطفل ووجهه مكشوف للهواء ومن الخطأ أن يُغطى وجهه بحرام أو بغطاء خفيف كما يفعل حين يكون في المركبة خارج المنزل .

ملابس الطفل — من أفضح الأغلاط أن يُكسى الطفل بملابس ثقيلة لأنه إذا ثقل كساؤه عرق . والطفل كلما ندى جيده بالعرق كان نكيداً . وكذلك لا ينبغي أن تكون ملابسه ضيقة تمنع حركته بل يجب أن تكون متسعة ولا سيما حول صدره وبطنه تسهياً لتنفسه . ولذلك يمنع القماط الشديد منعاً باتاً . ولا يخفى أن الرياضة البدنية ضرورية للنمو فلذلك يجب أن يكون بدن الطفل حرّاً بحيث يستطيع الرفس برجليه وتحريك ساعديه .

المصراع — لا يكون صراخ الطفل دائماً نذيراً ليجوعه ، فقد يكون عطشاً . فإذا أُعطى ملعقتين أو ثلاث ملاعق صغيرة من الماء البارد النقي يسكت . والّا فإن لم يسكت فربما كان بدنه حارّاً أكثر من اللازم ، أو تكون قدماه باردتين . أو قد تكون خرخته مبتلة أو أن دبوساً وخزه أو برغوثاً قرصه . أو قد يكون متزعجاً من شدة الاهتمام به في حين أنه نفس .

ويغلب أن تغيير موقع المهد يوقف الصراخ . فإذا استمر يصرخ بعد افتقاد كل هذه الأسباب فلا ينبغي عليك أن الصراخ حينئذٍ نذير بانحراف صحة الطفل .

معلومات عامة عنه حالة الطفل الطبيعية — في الأسبوع السابع يشرع الطفل يلاحظ ويسمع . فإذا التفت للصوت لا يكون أصم ولن يكون أبكم في الشهر الثالث يشرع يرفع رأسه .

بين السادس والثامن تبدو سنان في مقدم فكك الأسفل وهما القاطعان السفليان . أما قواطعه الأربع التي في فكك الأعلى فتبدو بين التاسع والثاني عشر . في الشهر الثامن يجب أن يتعود الطفل أن يبقى بلا خرق . فتتزعج خرقة في أول الأمر بعض ساعات على بضعة أيام ثم تلغى تماماً . وبهذه الطريقة يتعود البول والتغوط بانتظام .

في الشهر الثاني عشر يشرع يمشي .

بين الثاني عشر والثامن عشر يشرع يتكلم .

الأطفال الناقصة المرة — الأطفال الذين يولدون قبل الميعاد يعيشون في صحة جيدة مدة اسبوع أو أكثر وبعد ذلك تتحرف صحتهم وقد يموتون فجأة . والراجح أن السبب الرئيسي هو نقص السوائل . ولذلك يجب أن يُلقوا بأكسية من القطن السميك . أو يوضعوا في محضن حرارته تساوى حرارة الجسم . وهم يمرقون ولهذا يخسرون سوائل فضلاً عما يخسرونه في البول والذائط . ولا يخفى أن معداتهم صغيرة جداً . وقد يستغرق الطفل منهم ساعة في تجرُّع ملعقة من السائل . ولهذا ننصح بأن يُعطى هذا الطفل الماء في المستقيم بواسطة الحقنة فضلاً عما يعطاه منه في الفم على هذا الأسلوب :

في اليوم الأول — يُعطى الطفل الماء في الفم مع الكولوستروم وملعقة

أو ملعقتين من مصل اللبن المزوج بالبيتون ثم ٣ أو ٤ حقن بنصف أوقية من محلول الملح الطبيعي (٧.٧) يُحقن بها الطفل بأن يُمسك بساقيه ويُقَلَب رأساً على عقب ويُدخل فيه السائل تدريجاً.

في اليوم الثاني — يُعطى أربع مرات مصل اللبن المزوج بالبيتون والكولوستروم ويُحقن كما تقدم.

في اليوم الثالث — يُعطى المصل المذكور إلا إذا كان لبن الأم قد درّ. فإذا كان الطفل يعجز عن مص الثدي يُحلب اللبن بشفاطة ويُعطى للطفل بالملعقة أو بواسطة أنبوبة زجاجية ويُحقن كما تقدم.

بعد اليوم الرابع — يُعطى ٣ حقن يومياً كل حقنة نصف أوقية حتى يصبح قادراً على أخذ الكافي من السائل. وفي هذا اليوم لا بد أن يصبح الثدي مدراراً. والآن فيُعطى الطفل مزيج اللبن (الذي تقدم وصفه) وإنما يجب أن يخفف بمثل ماء. وأما درجة الحرارة العالية اللازمة للطفل فيمكن الحصول عليها في محضن (incubator). ويُلف الطفل بالقطن ويوضع على وسادة من الريش دافئة ويُعطى بوسادة أخرى كبيرة لكي يبقى دافئاً. ويوضع تحت المهد ٣ أو ٤ أوان مملوءة ماء ساخناً.



الفصل العشرون

﴿ الطفل العليل ﴾

وصفنا في الفصل الآنف الطفل الصحيح السليم وبحشنا في كيفية تربيته . بقى أن نبحث في حالة الطفل العليل . لا يندر أن تكون أعراض علل الأطفال ظاهرة حتى إذا دعى الطبيب لا يلبث أن يكتشف العلة ويشرع في العلاج حالاً . وكذلك لا يندر أن تكون الأعراض غامضة بحيث لا يتنبه الظن إلى موضع العلة .

كيف نستدل على تقدم الطفل بواسطة وزنه — الطفل السليم يزداد وزنه على معدل ٧ أوقيات في الأسبوع في الأشهر الثلاثة الأولى . وإنما تحصل هذه الزيادة على الغالب متى كان الطفل يرضع من الثدي . والغالب أن معدل الزيادة غير نظامي ، وإنما يجب أن يكون في الأسابيع الثلاثة الأولى من ١٥ الى ٢٠ اوقية والآن كان ثمت ريب في صحة الطفل . فإذا كان وزن الطفل حين يُولد ٧ أرطال وجب أن يكون في نهاية الشهر الثالث ١٠ أرطال و ١٢ رطلاً في نهاية الشهر السادس ونحو ٢٠ رطلاً في نهاية السنة .

كَمْ يجب أن يوزن الطفل — يجب أن يوزن الطفل مرة كل أسبوع في الأشهر الثلاثة الأولى وأقل من ذلك بعدها . والواجب أن يوزن دائماً بنفس الملابس التي يُوزن بها كل مرة في ميعاد معين من اليوم ولا ترنه في هذا الأسبوع قبل الغذاء وفي الأسبوع التالي بعده .

زيادة الوزن في حالة التغذية الصناعية — يغلب ألا يزيد الوزن كثيراً

في هذه الحالة في الشهر الأول . وإذا رأيت وزنه يزداد كالواجب وثقت من حسن العناية به .

أهمية الوزن — تركى القول السابق وهو أن وزن الطفل خير اختبار لتحقيق نموه . فقد يبكى ويصرخ حيناً بعد حين أو تبدو عليه علامات المغص أو تكون امعاؤه ممسكة ولكنه مع ذلك يزداد وزناً اسبوعاً بعد اسبوع فلا داعى للقلق من جراء طبيعة الغذاء الذى يتغذاه . على أنه لا مندوحة من الانتباه الخاص الى كمية الغذاء والى اسلوب العناية فى تربيته . ولا يندر أن الأطفال الذين يتغذون غذاء قلّت فيه عناصر اللبن يسمنون وينتفخون ، ولكن لا يكون لحم بدنهم شديداً بل يكون رخواً . فلا ينبغى أن يعتبر هذا الانتفاخ صحة وعافية .

والقاعدة الرئيسية فى تغذية الطفل ألا تتغير طبيعة غذائه ما لم تبد أدلة أكيدة على أنه لا يزداد وزناً أو أنه ينقص وزناً ، لأن أى تغيير فى كيفية الغذاء يمرض الطفل للاضطراب الهضمى بضعة أيام ريثما يتعود النوع الجديد من الطعام . فان لم يزد وزناً يُعتبر سقيماً والأرجح ان تبدو عليه أعراض السقم أو العلة .

فحص الأطفال الأعمى — اذا اقتضى فحص جسم الطفل وجب تعرية جسمه والآن تعذرا اكتشاف ما فيه من علة أو خلل صحى .

جس أطرافه بكف دافئة وابحث عن علامات الزهري فيه مثل غضاضة أطراف العظام (الألم عند الجلوس) أو كوجود فقاقيع فى الكفين أو الأنفصين . ابحث عما اذا كان هناك ضيق فى القلفة يجعل الطفل يصرخ طويلاً بعد البول ويعرضه للفتق . لاحظ وركى الطفل وانظر ان كانا أحمرين فان حمتهما تصحب عادة بالإسهال . وافحص اريتي الفخذين لترى ان كان الجلد

ناعماً وغير مسلخ . وكذلك الفحص باطن الفخذ لعله مسلخ بسبب الخرق اذا كانت خشنة، أو كثيرة ومتلبدة، أو لم تتغير على أثر ابتلاعها حالاً. ثم افحص البطن . وكذلك الفحص الصدر وانظر ان كان تكوُّنه نظامياً ولا حظ النفس لعله سريع وتحقق ان كان ثمة انخفاض في الضلوع السفلى في أثناء التنفس . وفي الأطفال الكبار لاحظ علامات الراسيتزم وافحص الضلوع للبحث عن الارتفاعات الخرزية الراستزمية ثم الضلوع الخرزية . تسمع الرئتين بالسَّماعة وافحص القلب . ثم افحص الرأس وجس على الخصوص اليافوخ المقدم لترى ان كان مستويًا مع سائر الرأس كما يجب أن يكون في حالة الصحة أو انه منخفض كما يكون عادة في حالة الاعتلال أو منتفخ كما يكون في حالة الالتهاب السحائي . ولا يخفى عليك ان انخفاض اليافوخ المقدم دليل يوثق به على اعتلال صحة الطفل . جس الجهة لترى ان كانت منذأة فان استنداء مقدم الرأس يدل إما على أن الطفل دافئ أكثر من اللازم أو أنه كسيح . تحقق الحرارة بوضع المقياس في أربية الفخذ ودع الفخذ منتفياً عليه ٥ دقائق . ولاحظ ان كان في الرأس زكام أو برْد . افحص الفم وانظر رباط اللسان ولاحظ شق سقف الحلق وانظر ان كان هناك قلاع في الفم . ثم اصفط على اللسان بطرف ملعقة صغيرة لترى الخنجرة . ولا يخفى أن الطفل يصرخ حينئذ فدهه الى أن ينتهي صراخه .

أهمية الفحص — يجب أن تفحص الخرق الملونة بالبراز لترى لون البراز هل هو أصفر أو مخضر وهل يحتوي على بقايا لبن متكثرت ودهن غير مهضوم أو مادة لزجة ومخاطية أو على دم . ولاحظ أيضاً البول فقد يكون ملوئاً بالخرق بلونه وهو ما ينبئك أن الطفل لم يجرع ماء كافياً .

ثم انتبه لأمر غذاء الطفل . فان كان يرضع الثدي فابحث ان كانت حلمتا

الأم متورمتين. وأسأل الأم عما اذا كانت تُعنى بتنظيف حلمتها وعن مرات الرضاعة ومواعيدها ولاحظ كيف تُرضع. وان كان الطفل يتغذى من الرضاعة الصناعية فسل كم مرة يتغذى بها وكيف يُعدّ الغذاء الصناعى له. واخص الرضاعة وحلمتها وسل كيف يحضّر الحليب وكيف تنظف الزجاجات.

ثم حقق الوسائل الصحية العمومية. وابحث عن شهوة الطفل للطعام وعن لبسه ونومه وتنفسه الهواء النقي وعدد مرات تغوطه.

وسل ان كان الطفل يصرخ كثيراً. وانتبه كما تقدم القول الى مخاوف الأم وأقوال المربية وجميع من يُعنى بالطفل.

قيمة هذه المعلومات — بعد ذلك لا بد أن تحصل على رأى صائب بشأن العلة وأسبابها. ولا بدع أن يحدث خطأ فى تشخيص بعض الحوادث. ولا يخفى أن اعتلال طفل لوالدين سليمين يرجح أن يكون نتيجة سوء التدبير على أن يكون لعلّة رئيسية فيه.

فاذا اكتشفت خطأ فى التدبير فآلق تعليمات وثيقة له فى المستقبل. وخليق بالطبيب المعالج أن يكثر من هذه التعليمات الضرورية الجوهرية والآ فقد تطلع الأم على مثل هذه التعليمات فى بعض الكتب الصغيرة فترى طبيب طفلهما بالجهل حينئذ.

❖ أسباب الاعتلال والعلاج ❖

(١) الأسباب المختصة بالتغذية

- ١ — قد يكون الغذاء أقوى من احتمال الطفل.
- ٢ — قد يكون أضعف من حاجته.
- ٣ — قد يكون الغذاء معطى بأسلوب غير موافق.

- ٤ — قد يكون الطفل عاجزاً عن الامتصاص كالواجب .
- ٥ — قد لا يكون الطفل مستوفياً حاجته من السوائل .
- ٦ — قد يكون الطعام غير موافق .
- ٧ — وقد يصحب هذه الأسباب المغص أو القيء أو الإسهال أو الإمساك .
- ٨ — قد يكون الطفل محفوظاً في حرارة أعلى من اللازم . أو في غرفة فاسدة الهواء أو أنه لم ينل حاجته من الهواء النقي .
- ٩ — قد يكون مصاباً بمرض عمومي .

(١) يجب بكونه الغذاء أقوى منه طاقته الطفل . قد لا يزداد الطفل وزناً بسبب أن غذاءه أقوى من اللازم . ويمكن أن يأتي ذلك من الارضاع الطبيعي وإنما يغلب أن يتأتى من الارضاع الصناعي . ويكثر أن يتقيأ الطفل بعد كل تغذية وربما تقيأ كل ما في معدته غير مقتصر على تقيؤ ما زاد من الغذاء . ويرجح أن يكون عنده إمساك أو إسهال ومغص بدليل شدة صراخه وارتداد ساقيه إلى بطنه وتوتر بطنه .

التشخيص — إن في البراز العلامات الكافية . فإذا كان الغذاء أقوى مما يستطيع الطفل هضمه ظهر فيه كتل لبن ودهن غير مهضومة . فإما أن يكون فيه كتل منفصلة أو أن تمتزج هذه المواد غير المهضومة بسائر البراز فتجعله مبيضاً أو قليل البياض . فهذه العلامات تظهر غالباً في حين يتغذى الطفل بالارضاع الصناعي . ولهذا يجب أن ينتبه إليها اتباعاً خاصاً في هذه الحال .

وكذلك نكرر هنا القول وهو أنه حينما يغذى الطفل لبناً بجثا تكثر في البراز هذه الظواهر . ومع ذلك يمكن أن ينمو ويزداد وزناً . ولذلك لا تعد هذه الظواهر مرضية دائماً .

العلاج — خفف مزيج اللبن . ابدل ماء الجير بماء الشعير لأن الأول

يساعد الهضم أكثر من الثاني أو يقلل مقدار تكتل اللبن وجرب التغذية كل ٣ ساعات ونصف بدلاً من ٣ ساعات . والفرض من ذلك إراحة المعدة ناهيك عن أن الغشاء المخاطي يغتسل بالحمض الكلوريدريك الحر .

فاذا لم تنجح هذه الوسائل وبقي الطفل عليلاً كان الغذاء غير موافق .
جرب اعطاء اللبن المخفف مدة ٣ أيام أو أسبوع . على أنه لا يظهر دائماً التحسن في الحال من جراء الطعام الذي يكون موافقاً .

(٢) قد يكونه الطعام ضعيفاً - فلما يكن ضعف الغذاء سبباً للاعتلال في حالة التغذية بالرضاعة . وأما لبن الثدي فقد يكون ضعيفاً لقلة كمية عنصر واحد فيه . كالمادة الدهنية مثلاً . وفي هذه الحالة يجب أن يحلل جزء من اللبن لتحقيق نسبة مواده .

الأعراض - لا يكتسب الطفل وزناً . ويصرخ ويئن من الجوع حتى اذا انتهى غذاؤه لا يستطيع نوماً بل يستمر يئن متأرقاً . ويمكن أن يعثره الامساك . وكثيراً ما تظهر الأدلة على نيله القليل من السوائل ومنها كون البول يصبغ الحرق، وجفاف البراز . وفي بعض الأحوال ترتفع حرارة الطفل .
العلاج - ان كان الغذاء بمزيج اللبن فأضف ملعقة صغيرة أخرى من السكر والقشدة الى الأوقيات الست . ولا يحتمل أن تدل النتائج على أن هذا المزيج يكون ضعيفاً . ولكن اذا دلت فأقص كمية ماء الشعير أو ماء الجير . وقبل كل شيء استوثق ان كان الطفل يرضع كالواجب ويأخذ القدر الكافي من الغذاء .

واذا كان الطفل يتغذى من اللبن وماء الشعير فأعطه زيت السمك (زيت كبد الحوت) ١٠ نقط ٣ مرات في اليوم . واتقص مقدار ماء الجير .
واذا كان الطفل لا ينال لبناً كافياً من الثدي فيعوض مما ينقصه بملعقة

أو ملعقتين أو ثلاث ملاعق صغيرة من لبن البقرة الصّرف من غير إضافة سكر أو ماء، وذلك بعد أن يكون قد رضع كلما في الثدي الواحد . ويمكن تعقيم لبن البقرة بسهولة بوضعه في ملعقة ورفعها فوق لهيب مصباح كحلى الى أن يغلي اللبن في الملعقة . وهذه الطريقة، أى طريقة التعويض بلبن البقرة، أفضل جداً من التعويض بالأغذية المصنوعة وعطائها بواسطة الرضّاعات الزجاجية . وذلك لأن لبن الأم الحيوى أو الحى يعير لبن البقر الميت الحماز التى تحييه . كذلك انتبه لصحة الأم المرضع وغذائها .

٣ - قد تكونه كيفية التغذية غير موافقة - ان اختلاف مواعيد التغذية لأعم الأسباب فى عدم تقدم الطفل الصحى . فان بعض الأمهات ترضع الطفل حالما يبكى سواء حان ميعاد ارضاعه أم لم يحن . نعم أن الارضاع بسكت الطفل مؤقّتاً ولكنه بعد حين يبكى ثانية فيلقم الثدي مرة أخرى . وقد لا يعاد الى مهده بعد الرضاعة لكي يرتاح أو ينام بل يقدّم للأقرباء أو الأصدقاء أو الزوّار لكي يروه وربما جعلوا يرقصونه .

وقد أشرنا آنفاً الى أهمية النظافة فى حالة التغذية . وليس فى الامكان المبالغة فى حثّ المرضع أو الأم على ذلك .

ثم قد يمكن أن يغذى الطفل بسرعة . ولهذا يتقيأ الأطفال النهمين اللبن بعد التغذية .

ماذا يجب فعـد - حثّ المربية أياً كانت على تنظيم مواعيد التغذية وعلى إراحة الطفل بعدها .

تحقق جيداً اذا كانت الأم أو المربية تعنى العناية التامة بأمر النظافة فى أثناء التغذية .

وإذا كان الطفل نهماً جداً ويزدرد غذاءه بسرعة قلّ للأم أو المرضع أن

تضغط على الحلمة قليلاً بحيث لا يندفق اللبن الى فم الطفل غزيراً . وفي حالة الارضاع الطبيعي أو الصناعي يحسن جداً أن يمنع الطفل النهم عن الحلمة نحو دقيقة أو برهة في أثناء تغذيته لكي يرتاح .

٤ - قد يكونه الطفل عامزاً عنه الامتناع طالعواب - الأسباب :
 (١) انكماش الحلمة داخل الثدي . (٢) انسداد الأنف بالثدي .
 (٣) الشفة الأرنبية . (٤) انشقاق سقف الحلق . (٥) رباط اللسان .
 (٦) الولادة قبل الميعاد الطبيعي . (٧) ضيق الثقب في حلمة المطاط .
 رباط اللسان الحقيقي ليس أمراً نادراً بل يحدث كثيراً . ويعالج بسهولة بقص القيد اللساني بالمقص . ولاخطر من قطع الشريان اللساني . ويجب أن يكون طرفا المقص غير مستدقيْن وأن يكونا مماسيْن لسطح اللسان . وأما نزف الدم فيوقف بضغط قليل من القطن على مكان القطع . وعلى الطبيب أن يبق حتى ينقطع النزف بناتاً .

الشفة الأرنبية والشفاه سقف الحلق - بعض الجراحين يشيرون بالعملية في الشهر الاول لهذين العيبين تلافياً لنقص التغذية الذي ينجم عن سوء استعمال الملعقة .

٥ - قد يكونه ما بأفمده الطفل منه السوائل فديماً - ان اعترى الطفل امساك وجفاف في البراز وكان البول يلوّن الخرق كان المعنى ان الطفل لم ينل حاجته من السوائل . ولهذا يصرخ ويبكي من العطش وهو يسكت عن البكاء اذا سقى ماء .

ما اذا يجب فمده - اعطى الطفل عدة ملاعق صغيرة من الماء المغلي طالما يقبله ولا سيما اذا كان يفتدى اللبن الصرف . أعطه الماء غير محلى وبالمعلقة وليس من الزجاجاة ، فان الزجاجاة تغريه على الشرب اكثر من اللازم .

٦ — قد يكونه الطعام غير موافق — اذا لم يزدد الطفل وزناً بالرغم من العناية بنظافة الطعام ومقداره وتنظيم مواعيده كان السبب ان الطعام نفسه غير موافق ولذلك يجب تغييره .

المعوج — يجب أن يعالج الطفل كما يعالج البالغون الذين لا يفتنون جيداً أو المصابون بسوء الهضم . ولذلك اجتهد بأن تكتشف ما لا يلائم الطفل من الطعام وما يلائمه . ونعتقد أنه من الخطأ أن نعتبر الأطفال متشابهين في جميع الاعتبارات . بل بالعكس أنهم كالبالغين مختلفون في كثير من الاعتبارات . فإذا ظهرت أعراض الاضطراب الهضمي كالقيء ونحوه يمكن استعمال ماء الجير لأنه مضادٌ للحامض ومسكنٌ لأم المعدة . ويمكن أن يستعاض من ماء الجير بالماء العادي المشتعل على قهقهة من بيكربونات الصودا لكل أوقية من الطعام لأنه مضاد للحامض . بيد أن البيكربونات لا تؤثر في مقدار التكتل ولكنه باتحاده مع الزائد من الحامض الكلوريدريك يجعل اللبن أسهل هضماً . وسترات الصودا من محتويات لبن الأم الطبيعي ولكنه لا يوجد في لبن البقرة . فإذا أعطى منه نحو ٣ الى ٥ قهجات قوًى تأثير الهضم . ثم ان ماء الرز يفيد حين تكون الامعاء رخوة وأميل الى الاسهال . وبالعكس ماء دقيق الشوفان (Oatmeal) يفيد حين يخشى من الإمساك . وهو يحضّر كما يحضّر ماء الشعير اللؤلؤي . واما ماء الرز فيحضّر بغلي ملعقة من الرز في نحو رطل من الماء مدة عشر دقائق ثم يصفى . وأخيراً نقول ان الماء القراح أفضل الخففات على الغالب .

الدهم — قد يُعطى الطفل من المادة الدهنية أكثر من اللازم أو أقل . الدهم الزائد عنه الموزم — يدل عليه ضعف الشهية ولزوجة البراز واحتوائه على فضلات بيضاء من الدهن غير المهضوم . فالقشدة التي في لبن

البقرة يندر أن توافق الطفل . والأرجح ان سبب ذلك كونها تحتوى من الدهن الذى يسيح في درجة واطئة من الحرارة أقل مما يحتوى اللبن البشرى . ففي هذه الحالة قلل من هذه القشدة الدهنية (ويفضل أن تقلل السكر ايضاً) . ومن السهل أن تقلل مقدار الدهن في مزيج اللبن بأن تقطع عن اضافة القشدة . فان لم يكن هذا الانقاص كافياً فيسهل أن تقلل الدهن ايضاً إما بمخض اللبن أو بتركه بعد الغلي في مكان بارد حتى تعوم القشدة فوقه فتفصلها عنه . ومقدار ما ينفصل من القشدة عن اللبن يتوقف على مقدار المدة التى يترك فيها اللبن لنفسه في المكان البارد . فاذا ترك نحو ساعتين كان نصف اللبن الأعلى في الوعاء يحتوى من الدهن على ضعف نصفه الأسفل بالتقريب . ثم ان اللبن المتكثف يشتمل على مقدار وافر من الدهن . ولذلك يشتمل مخيض اللبن أو مصله على دهن أقل من اللبن قبل المخض . والحقيقة ان شرش اللبن يحتوى على $\frac{1}{4}$ بالمائة من الدهن في حين أن لبن البقرة يحتوى على $\frac{1}{3}$ الى $\frac{1}{4}$ بالمائة منه . فاذا كان الطفل قد فقد الشهية الى الطعام أو ظهر معتلاً أو كان يتقيأ طعامه بين وجبة وأخرى وكان برازه لزجاً أو جامداً وجب تقليل المادة الدهنية في الطعام بالامتناع عن اضافة القشدة الى مزيج اللبن ثم تفصل القشدة وأخيراً اذا بقيت أعراض سوء الهضم فعد الى شرش اللبن .

نقص الدهن — قد يكون نقص الدهن سبباً في عدم نمو الطفل . فان لم يزد وزن الطفل الا قليلاً أو بتاتاً ولم تظهر أعراض سوء الهضم فيحتمل أن اضافة الدهن الى غذاء الطفل تفيده . فلذلك أضف الى غذائه إما القشدة أو زيت كبد الحوت . وابتدئ بنصف ملعقة صغيرة من القشدة أو بخمس نقط من هذا الزيت لكل وجبة من الطعام . حتى الطفل الذى

يرضع الثدي لتحسن صحته اذا أعطى نحو عشر تقط من زيت السمك ٣ مرات في اليوم .

السكر - قد يكون سكر غذاء الطفل أكثر أو أقل من اللازم .
السكر الزائد عنه المزمن - وفرة السكر كوفرة الدهن تزيد أعراض سوء الهضم . يتوالى القيء وتكثر الغازات وتنتفخ المعدة بمفص أو بلا مفص . وهذا الانتفاخ الغازي كثيراً ما يفضى الى الامساك . وذلك لأن السكر يُخزن في الامعاء ويختمر . وسكر القصب أفضل للاختيار من سكر اللبن . على أن الطعام يندر أن يختمر اذا تلوّف الامساك . ولتلافي هذه الأعراض قلّل السكر أو امتنع عن اضافته الى مزيج اللبن .

قلة السكر - تكون قلة السكر أحياناً سبباً لبطء نمو الطفل . جرب إضافة شيء منه الى غذاء الطفل اذ كان الطفل يزداد وزناً وان كانت ظواهره تدل على حسن صحته .

الطائيين - ان صعوبة هضم الكازيين تظهر من المفص ووجود التكتل الأبيض في البراز . ومتى كان الطفل ممغوصاً يصرخ لمفاجأة الألم ويرد نخذه الى نفسه ويتوتر بطنه . وأما القيء فينجم على الغالب من صعوبة هضم الدهن والسكر . والمفص ليس نادراً في الأطفال . ولكن اذا صحبه ازدياد وزن الطفل على التوالي لا يكن ذا أهمية . ولكن متى كان المفص متفقاً مع التكتل في البراز ومع الاسهال أحياناً وقلة ازدياد الوزن وجب أن تعدل كمية الكازيين التي تضاف الى غذاء الطفل الذي يقدم له بالرضاعة . واذا لم تثبت جيداً من العنصر الذي سبب سوء الهضم للطفل فيحتمل جداً أن نحصل على نتيجة مفيدة اذا شرعنا بتعديل مقدار الكازيين أولاً .

تعديل الطازيين - أبسط الوسائل لذلك زيادة مقدار السائل المخفف .
وهناك خمس وسائل أخرى لتعديل الكازيين .

- أ - بالاستعاضة منه بشرش اللبن ومزيج اللبن .
- ب - باعطاء اللبن المكثف .
- ج - باعطاء اللبن الممزوج باليسين .
- د - باعطاء الأغذية التجارية .
- هـ - باعطاء سترات الصودا .

(١) مزيج السُرسُ أو مزيج اللبن والشرش - يشتمل الشرش على أقل من واحد بالمئة من البروتايد (مادة زلالية) ولذلك يُعدُّ الشرش خير الطرق لاتقاص الكازيين وكذلك مقدار الدهن ينقص حتى يصبح نحو ربع مقداره ولكن السكر والأملاح تبقى في السائل لأنها ذائبة فيه فلا تتغير . ولأجل عمل الشرش أضف ملعقة صغيرة ونصف من خميرة اللبن (المنفحة) الى رطل وربع من اللبن . وضع هذا اللبن في مكان دافئ الى أن يخمثر ويتكتل . فقطع المتكتل بشوكة وصف في خرقه شاش خفيفة . وأما مزيج الشرش فيشتمل على ما يأتي :-

شرش	$1 \frac{1}{4}$ أوقية
قشدة (١٥ بالمئة)	» ١
ماء الجير	» $\frac{1}{4}$
محلول سكر اللبن	» $1 \frac{1}{4}$
سترات الصودا	٣ قححات

وهذا المزيج كزيج اللبن ، بيد أنه يختلف عنه باحتوائه على نصف أو ثلث ما يحتويه ذلك من البروتايد . فاستعمله كما تستعمل ذلك . فاذا بدت لك

أعراض تدل على زيادة الدهن والسكر فأقصهما كما تنقصهما في مزيج اللبن.
ومتى رأيت الطفل يتحسن تدريجاً أبداً اللبن بمزيج الشرش .

ب - اللبن المكثف - بعض الأمهات لا يستطعن أن يصنعن مزيج الشرش الآنف بيانه كالواجب . فلا بأس أن يلجأن الى اللبن المكثف . وطعام نسله شائع الاستعمال لأنه أقرب مثلاً . فابتدىء بملقعة شاي منه لعشر ملاعق ماء . ولا حاجة تمت الى ماء الجير أو ماء الشعير . وكازين اللبن المكثف يُضم بسرعة ولكن ينقصه الدهن اللازم . فلذلك أضف ٥ قط من زيت كبد الحوت لكل وجبة أو اعط الطفل منه من ١٠ الى ٢٠ نقطة ٣ مرات في اليوم بعد الأكل .

ج - اللبن الببتي أو المضاف اليه ببسين - اذا لم ينجح مزيج الشرش فاللبن الممزوج بالببسين يفيد أحياناً في تغذية الطفل . وأما اللبن الببتي فيستحضر بواسطة (مسحوق فارتشيلد) . وذلك بأن تضيف ورقة من هذا المسحوق وخمس قححات من بيكر بونات الصودا الى نحو نصف وطل من اللبن وحرك هذا المزيج جيداً واجعله نحو ٣٠ دقيقة على حرارة معتدلة ٣٤°س . ثم ارفع الحرارة سريعاً الى درجة الغليان لكي توقف عمل الجير ثم يرد المزيج . ثم خففه بقدر أو قدرين أو ثلاثة من الماء وأضف قليلاً من القشدة والسكر لأن قوة الهضم عند الطفل الذي يجب أن يغذى اللبن الممزوج بالببسين ضعيفة . وكلما تحسنت صحته وزاد وزنه أتقص مدة عمل الجير (مسحوق فارتشيلد) وزد مقدار القشدة والسكر تدريجاً حتى يصبح هذا المزيج مماثلاً لمزيج اللبن أو الى أن يصبح أى مزيج آخر مع اللبن الجديد يؤدي الى الفائدة المتبتغاة .

د - استعمال الأغذية التجارية وسترات الصودا .

الأغذية التجارية — يتمذّر أن نضع قاعدة للأغذية التجارية . ولكن متى لم يزد وزن الطفل فاضافة شيء من هذه الأغذية الى الرضاعة تحسّن حالة الطفل على الغالب . كثير من هذه الأغذية التجارية يمكن أن يضاف الى اللبن . والتعليقات اللازمة توجد مع كل نوع من هذه الأغذية . وقد يحدث أن بعض الأطفال الذين لا يهضمون اللبن الاعتيادي يتفون على التغذية بطعام ألبنورى (Allenbury) أو (Glaxo) وهو لبن مجفف ويعدّ للتغذية باضافة الماء اليه . وكثيراً ما يتعفن هذا الطعام في الصفايح التي يحفظ فيها . فاذا لم تكن له رائحة فكهة كرائحة البسكوت فلا يجوز استعماله . واما « طعام ملن » فهو طعام فيه نوع من الخمير الطبيعى يسمى ملن وليس فيه نشاء البتة فاذا مزج بالشروش كان غذاء نافعاً في بعض الأحوال اذا لم يتحمل الطفل مزج اللبن بالطعام التجارى . ولكن لا ينبغي استعماله اكثر من اسبوع .

سترات الصودا — يحسن أن تضيف سترات الصودا الى كل هذه الأطعمة على نسبة قحّة لسكل أوقية . فهو يُحدّث تكتلاً ناعماً في الطعام يُسهّل هضمه . ويجب أن تضاف أملاح الجير لتساعد خميرة اللبن على تكتيله . وقد تقدم القول ان سترات الصودا يأتلف مع أملاح الجير ويوقف عمل الخمير عند الحد اللازم .

مُجمل تنقيحات الأغذية للطفل الذى لا يزداد وزناً — ابحت عما اذا كان طعام الطفل قوياً جداً أو ضعيفاً . وعما اذا كان يُعدّ له نظيفاً كاللازم . وعما اذا كان الطفل يقدر على الرضاعة ويحسن الامتصاص وينال حاجته من السوائل . ثم عالجّه حسب مقتضى حاله . فاذا كان الطعام قد أفسد عمل الهضم فابحث ان كان السبب الدهن أو السكر أو الكازيين . فاذا

اقتصرت في تنقيح محتويات مزيج اللبن على تخفيفه فقط ولم يساعد هذا التنقيح عمل الهضم فعد الى مزيج الشرش أو الى استعمال اللبن المكثف اذا كان أبوا الطفل لا يستطيعان اعداد الشرش . فاذا لم ينجح مزيج الشرش فاجأ الى اللبن الممزوج باليبسين . فاذا لم ينجح هذا فجرب اضافة طعام تجارى الى اللبن المخفف أو الشرش . وفي بعض الأحوال السيئة جرب طعام بنجر أو « طعام النورى الأول » أو طعام « جلاكسو » مدة بضعة أيام . واخص الطفل جيداً بكل تدقيق لتحقيق أحوال حياته . وتذكر أخيراً ان الطفل يتعود الغذاء الجديد في مدة قصيرة . فلا تسرع في ابدال الطعام لأن الطفل لم يتحسن . ويندر جداً ألا ينمو الطفل بهذه الوسائل . واذا أمكن فاطلب للطفل مرضعة مأجورة . والأرجح أن اللبن البشرى يحتوى على بعض المواد التي تساعد دم الطفل على أن يستم خواصه .

٧ - المفص والقيء والاسهال والدمساك - جميع هذه الأحوال تنجم دائماً عن الخطأ في اعداد الغذاء . وقد بحثنا في طبيعة هذه الأغلاط وكيفية اصلاحها .

المفص وعمره - قد بحثنا بحثاً عاماً في تنقيح الأغذية . وانما لأجل تسكين الألم ضع قطعة قماش صوفى (مثلاً) سخن على البطن وانظر ان كان الطفل دافئاً لأن برد القدمين وخفة الملابس والمهد قد تسبب مفعماً . ومن علاجات المفص الجيدة بيكربونات الصودا : قحتان منه مع نصف قحمة من مسحوق الزبيب والطباشير صباحاً ومساءً فاذا بقي المفص فأعط الطفل جرعة من زيت الخروع وحدد مقدار الطعام الذى يأخذه واعطه معلقة من الماء الدافئ بين كل وجبة وأخرى .

القيء وعمره - يغاب أن اقلال مقدار الطعام وانقاص الدهن

والسكر يمنعان القيء . وماء الجير ويكربونات الصودا مسكنان لآلام المعدة
الاسهال — يمكن ان يمنع الاسهال عادة بانقاص قدر الطعام في
بعض وجبات واعطاء جرعة من زيت الخروع . وبعد ذلك اجتهد في تحقيق
عنصر الطعام الذى يسبب الاسهال وقلله أو أزله حسب مقتضى الحال .

تعفنه الأمعاء والاسهال المتفطر — تعفن الأمعاء يقضى على الغالب
الى اخضرار البراز . وقد يصحب الاسهال قيء أيضاً .

الاسباب — ينشأ الاسهال الأخضر من دخول جراثيم في معدة الطفل ،
وهي تصل اليه عن طريق اللبن . واللون الأخضر اما ان ينشأ من نقص تأكسد
الصفراء أو من تكون مادة ملونة خضراء بسبب المسكروبات .

الاعراض — يمتري الطفل اسهال ويكون البراز أخضر ومتكتلاً وذو
رائحة عفنة . وتتساقط الاليتان من تأثيره وكثيراً ما يصطحب بالقلاع
فيتغطى الفم وفتحة الشرج بلطخ بيضاء . واذا أهمل علاجه ينشأ عنه التهاب
معدى معوى ، يأخذ الطفل فى الضعف ولا يهضم طعامه فيموت جوعاً .
وأما الطفل نفسه فأعطه أولاً قدر ملعقة شاي من زيت الخروع فان
تقيأها فانتظر ساعتين وأعطه ملعقة اخرى ، أو نصف قحمة من مسحوق
الزبيب والطباشير مع ربع قحمة من السالول كل ثمانى ساعات أو ٠.٢
كالومل . وفى بعض الأحوال الحادة اغسل الأمعاء بأوقيتين أو ثلاث أواق
من الماء بمحقنة شرجية بواسطة قنطرة . واعلم أن غسل الأمعاء والمعدة خير
علاج للتسمم من الطعام . وفى حالة الحقن لا ينبغي أن تكون الحقنة أعلى
من ٢٥ سنتيمتراً عن الطفل . بهذه الوسيلة تغسل الأمعاء من المواد المنحلة
التي فيها والمهيجة لها . ثم امنع الطفل عن الرضاعة نحو عشرين الى ٢٤ ساعة
واسقه ماء دافئاً أو ماء زلالياً (وهو محضر بحل بياض بيضة فى نحو رطل

ماء). وان كان الطفل يتغذى من الرضاعة الزجاجية فامنع عنه لبن البقرة يومين أو ثلاثة. والماء الدافئ والماء الزلالى يكفياه. وأما تعذر العلاج فيكون من جرّاء اعطاء اللبن للطفل ثانية قبل أن يبرأ. وذلك لأن الأعضاء الهضمية تكون قد تعبت واختلت أو اعتلت. فعلى الطبيب أن يكون ماهراً فى الحكم على مدة اراحة هذه الاعضاء ريثما تستطيع بعد ذلك أن تستأنف عمل الهضم.

فى حالة ارضاع الطفل من الثدي استأنف تغذية الطفل وجبات قصيرة كل ٤ ساعات وبعد حين كل ساعتين. واسقه كثيراً من الماء بين كل وجبة وأخرى. واطلق له الهواء النقى وأشعة الشمس.

وفى حالة الارضاع الصناعى استأنف تغذية الطفل بعد ٢٤ أو ٤٨ ساعة. وابدأ بالشرش المهضوم بالبيسين وأضف اليه السكر والدهن تدريجاً. أو غذّه باللبن البيسينى المخفف. فى هذه الحوادث يوافق أيضاً أن يغذى الطفل وقتياً بالأطعمة التجارية.

واذا استمر الاسهال بعد زوال الخضرة من البراز فغير دواء له البرموت فصف ٣ قحات من ساليسيلات البرموت مع ٣ قحات من مسحوق الطباشير (كربونات الجير) المطرى ٣ مرات فى اليوم لطفل فى السادس من أشهره. وصف ربع هذا المقدار لطفل فى شهره الأول ونصفه لطفل ذى شهرين. **اهمرار وتسلخ الاربطين** — تُعالج بالنظافة الدقيقة وبازالة الخرق حالما تتسخ. وتغسل المقعدة بالماء البارد ثم تُدهن بمخلول كُحلى مشبّع من الحامض البكريك مرّة فى اليوم لكى تقسو الخلايا الادمية. وادهن المكان المسلخ دهناً كثيفاً بمرم الزنك حتى لا يعود يبتل بأى سائل.

القموع — القلاع مرضٌ فى الفم ينشأ من وساخة حلمة الثدي أو

الرضاعة الزجاجية أو من طول استعمال « حلمة التسلية » من غير أن تُنظَّف .
ونحن نكره استعمالها بتاتا اذ تكثر بسببها البقع البيضاء في الفم والخدَّين
بحيث لا يمكن غسلها . والقلاع ينشأ عن التغفن بسبب ما تقدم وبمعالج
بفسل الفم بعد كل تغذية بالماء بواسطة خرقة ناعمة . ويُغسل فم الطفل وحلقه
وشفتاه ولسانه بخرقة مبلَّلة بالجليسرين البورق كل ٣ ساعات .

الامساك وعومهم — العادة أن يعترى الامساك الأطفال الرُّضْع
والواجب تجنُّبه . ولما يعترى الأطفال الذين يتغذون بالرضاعة الصناعية ،
وفي هذه الحالة يكون سببه قلة السوائل التي تعطى للطفل أو ضعف الطعام .
وفي بعض الأحيان يكفي لمعالجه بعض ملاعق صغيرة من الماء الدافئ ،
وكذلك ١٠ نقط من زيت السمك ٣ مرات في اليوم للأطفال الرُّضْع .
والأطفال الذين في الشهر الثالث تفيدهم اضافة قليل من طعام
ملن الى غذائهم .

واذا اقتضى الأمر إعطاء دواء قَصِف إما حقنة شرجية حيناً بعد آخر
بأوقيتين أو ثلاث أواق من ماء الصابون بواسطة محقنة زجاجية صغيرة أو
يعطى نصف ملعقة بن من محلول الماينيزيا Hydrated Magnesia . أو ملعقة
بن من شراب التين California syrup of figs .

اجعل المربية تدلك بطن الطفل بعد أن تدهن كفيها بالزيت الحلو .
وأرشدوها أن تفرك البطن فركاً لطيفاً لئلا يبرز في القولون . فاذا زاولت
هذا التدليك صباحاً ومساءً رأيت نتائج حسنة . وأما الامساك الوقتي العارض
فيزال بصنع « قمع » صغير من الصابون النقي وبله وادخاله الى المستقيم .

الأمراض العمومية — الضعف العام — بعض الأطفال يتقصون وزناً
وأحياناً يموتون بالرغم من تنقيح الأطعمة لهم ومعالجتهم . وفي هذه الأحوال

يكون الخلل أساسياً في تمثيل الطعام . والطبيب يصادف كثيراً من حوادث الهزال التي تبتدىء بالمغص والاضطراب الهضمي . ففي هذه الأحوال يخشى من وجود ضيق في الفتحة البوابية للمعدة . ويندر أن يكون هذا الضيق عضوياً ، وإنما يكون عادة ناجماً عن تضخم وتشنج الفتحة البوابية ، وينتهي أخيراً بتدد المعدة . وخير علاج لذلك غسل المعدة والتغذية بواسطة الأنبوبة . وهؤلاء الأطفال يحتاجون إلى الصبر والعناية الدقيقة في العلاج والتربية عدة أسابيع . وتفيدهم كثيراً الحمامات الملحية والتدليك والهواء النقي .

وأخيراً يلجأ إلى إجراء عملية وصل المعدة بالامعاء وهي ذات فائدة عظيمة . وفي بعض الأحوال يكون سبب المرض الزهري الوراثي فإن كان ذلك فيعالج علاجه . **الزهري الوراثي** — قد تظهر أعراض الزهري على أثر الولادة أو بعدها بقليل . والأطفال المزهرون يكونون ضامرين ومظهرهم كظهر الشيوخ . وتظهر الفقاقيع في أبدانهم ولا سيما في أقدامهم وإخماصها على هيئة طفح نفاطى . وهؤلاء الأطفال يموتون عادة في غضون أسبوع أو اسبوعين .

والأغلب أن يكون الطفل في صحة جيدة حتى يبلغ الشهر من العمر . وأما أهم علامات الزهري في أشهر الطفولية فهي الزكام والطفح الحلقى ذو اللون النحاسي والبسور يازس في أخمص القدمين والكفين . والتسيلخات المصحوبة بالالتهاب الحاد حول الفم ، وشدة التألم عند الضغط على نهايات العظام الطويلة وتشوه الأطراف .

﴿ معاطب الولادة ﴾

انبعاج الجمجمة — ويحدث في الولادات العسرة ويمالج بادخال مشبك في العظم وجذبه الى الخارج .

الكسر والخلع — يحدث أحياناً في الولادات الصعبة أن ينكسر أحد

أطراف الطفل أو ترقوته . فقد تنكسر الذراع حينما تُجذب بعنف في تخليصها إذا انبسطت في المجرىء بالمقدمة . وكذلك قد تنكسر الساق في المجرىء بالمقدمة إذا تسمرت الولادة وجذبت الأربية . أما الكسر فيجبر كالعادة . فان كان في العضد فتربط مع الصدر ، وان كان في الذراع فتُلَفَّ وتربط مع الصدر أيضاً بعد تجييرها .

وأما الفخذ والساق فيجبران جيداً وتقمطان مع سائر الجسم .
وأما الخلع فيجب أن يعاد فيه العضو المخلوع الى أصله .
ويجب أن تنزع الأربطة باكراً ويدلك العضو بعناية ويحرك حركة مطاوعة لطبيعته .

فالج الذراع — فالج الذراع نادر في الولادات الفسرة . وهو يختلف عن فالج الوجه بكونه كثيراً ما يبقى بحالة دائمة . وبناء على هذا الاختلاف بحث كوستنر بحثاً دقيقاً في هذه الأحوال وتوصل الى هذه النتيجة ، وهي أنه في أغلب الأحوال يوجد خلع أو كسر في الكتف في نفس الوقت . أما شلل الولادة المعروف باسم « شلل ارب » الذي يتميز بضمور العضلة الدالية وعضلات الصدر والعضلة الكهربية فيتسبب عادة من تمزق الشبكة العصبية العضدية . ويسهل تشخيصه بملاحظة بقاء اليد في حالة Pronation وعدم المقدرة على رفع الذراع . وفي هذه الأحوال لا يكون العلاج إلا بعملية تحرر فيها الاعصاب وتوصل بعضها ببعض . وكثير من الأحوال يتحسن تدريجاً مع مضي الوقت .

التجمع الدموي تحت سمحاق عظام الرأس — وهو ينشأ من نزف الدم وتجمعه تحت عظم من عظام القبة . ويظهر عادة في اليوم الثاني أو الثالث ولا يتجاوز تداريز العظم . ويمكن تمييزه عن الحذبة الدموية المصلية بأن حدوده

لا تتعدى التداريز المحيطة بالمعظم المصاب . وهو عادة يشفى بالامتصاص إلا اذا تقيح فعندئذ يشق ويُعالج معالجة الخراجات .

✽ الأمراض التي تظهر على أثر الولادة ✽

التهاب السرى — قد تفرز حلمتا الطفل والطفلة لبنًا بعد الولادة . فاذا تركنا بغير علاج انقطع الافراز لنفسه . وأما اذا التحجى الى أى معالجة مثل ذلك وغيره فقد تفضى الحالة الى خراج .

الدمرج — غطّر الثدي بطبقة من القطن . فان نشأ خراج فافتحه .
اليرقان — كثيراً ما يظهر يرقان في الطفل في يومه الثالث . ولا داعى لمعالجه بسوى قحنتين من فوصفات الصودا وملاعق صغيرة من الماء الدافئ حيناً بعد آخر . أو بتعاطى ربع قحمة من مسحوق الزبيق والطباشير .
وأما اذا كان اليرقان حاداً وشديداً فيكون سببه مرض خلقى في الكبد أو مرض مكتسب . أو ضيق في القناة الصفراوية . فان كان ذلك فالغالب أن ينتهى بالوفاة .

وقد يكون اليرقان حالة من حالات تعفن السرة ، وهو أقل خطراً مما تقدم .

تعفن مهبل السرة — اذا أهمل الغيار على الجبل السرى يتطرق اليه التعفن . وقد ينجم عن تعفنه أمران : الأول التهاب الجدار البطنى حول السرة . والثانى تسمم الدم . ويطلب أن يحدث الأمران معاً . وجميع أعراض التسمم العادية تظهر . فيعتل الطفل اعتلالاً خطيراً ويصاب باليرقان وتظهر أثرفة سطحية تحت الجلد ، وتأخذ السرة في النزف . أما النبض والحرارة فيرتفعان .
الدمرج — فى حالة التسمم العام لا يمكن عمل شئ . وانما متى كان ثمت التهاب فلعمومى موضعى وجب أن يعالج باليشق والمكيدات الساخنة . ويجب أن

يفصل الطفل عن أمه لأن الجرائم القاتلة للطفل قد تعزى الأم وتسبب تعفناً نفاسياً .

النزف من قبل السرة - إذا لم يكن النزف من حبل السرة ناشئاً عن ارتخاء الرباط كان خطير الشأن . وهو إما أن يكون مسبباً عن عفونة أو عن الاستعداد الخلفي للنزف . وكلتا الحالتين تفضيان غالباً إلى الموت . وقد يصحبه نزف تحت الجلد وظهور الدم في البراز .

المعرج - اربط الحبل ورباطاً ثانياً قريباً للبطن . ولكن فلما يفيد هذا في إيقاف النزف . ولذلك يلجأ إلى الوسيلة الثانية وهي أن تجذب جلد البطن وتُجيز تحته ابرتين طويلتين من جانب إلى آخر . ثم اربطهما معاً بخيط عقيم على شكل 8 وشده واضغط به الأوعية البطنية واجعل في رأس كل ابرة فليئة . بهذه الوسيلة يمكن أن يوقف النزف .

ظهور الدم في البراز - قد يمكن أن يبتلع الطفل دمًا في أثناء الولادة أو قد يمتصه من حلمة مشققة ثم يتغوطه مع الغائط . ولكن يغلب أن يتقيأه . أما ظهور الدم في البراز الذي لا يتسبب عن ذلك فهو حالة خطيرة . وأحياناً يصحبها نزف تحت الجلد ومن حبل السرة ويغلب أن تكون قاتلة . والمعلوم الآن أن سببها عادة قرحة معوية وأن ١٠ أو ٢٠ جرام من مصّل دم الخيل تُعطى عن طريق الفم أو بحقنة تحت الجلد تفيد . وكذلك نقطة إلى ٣ نقط من محلول الادريالين وقحة إلى ٣ قحات من لبنات الجير خبز علاج .

المعالجة - اخفض أولاً الحلمات المشققة في الأحوال الخطرة ، قلّل الطعام أو امنعه بئناً إلى أن يمتنع النزف واسقِ الطفل ماء . وصف ٣ قحات من لبنات الجير ونقطة من محلول كلورور ادريالين بـ ٤ ساعات .

فان هذا العلاج نجح مراراً . فاذا وجدته ناجحاً صفه ٣ مرات في اليوم مدة اسبوع الى أن يعتنع التزف .

❖ تشنجات الأطفال ❖

الاسباب - لا يخفى أن المراكز العصبية في الأطفال قلما تكون في حالة ثابتة . وكثيراً ما يبدو اختلالها في ثورات تشنجية . ولذلك ترى أن التسنين الباكر أو هيجات الحلمات العفنة الحادة كالقرمزية أو الجدري تكون مشفوعة بتشنجات .

قد يُبدى الأطفال الصغار جداً تشنجاً يكون سببه إصابة في المخ حدثت في خلال الولادة . أو قد تكون الإصابة مجهولة السبب . وقد يكون السبب الزهري الوراثي . ويرجح جداً أن الصرع يمكن أن يظهر في أوائل عهد الطفولية . ولذلك يتعذر جداً تشخيص سبب التشنج . وكثير من الأمراض المرافقة للتشنج لا تقع في دائرة المولد أو طيبب أمراض النساء .

وأهم أسباب التشنج غير ما تقدم شرحه سوء الهضم في الطفل . ولهذا نوجه اليه النظر توجيهاً خاصاً :

قليل من الأطفال الذين يعيشون على الإرضاع الصناعي يسلمون من اخضرار الغائط في حين من أحيان هذا الارضاع . وهذا الاخضرار كثيراً ما يكون مقرونًا بتشنج الطفل . كما ان التشنج يصحب أيضاً الاسهال الذي يكون في بعض الأحيان حاداً وعنيفاً جداً . قلما يصحب الامساك . وكذلك قد يكون التشنج نتيجة اضطراب أو اختلال معدى أو طفع قلاعى . ثم ان تلوث البراز بالخضرة ناجم عن تعفن في الامعاء يفضى الى تحويل ما فيها من البراز الى سم نافع .

وقد لاحظنا مراراً أن حدوث التشنج يتبع استعمال الوسائل غير الصحية

لإيقاف الانسعال الأخضر. وكذلك يلوح لنا أنه يأتي على أثر نضج السوائل من جسم الطفل ولا سيما في الأحوال التي يتفق فيها القيء والانسعال معاً. وقد يقاسى الطفل المتشنج بضعة أيام من اخضرار الغائط ومن القيء والانسعال، ومن احمرار المقعدة وما بين الفخذين، ومن الطفح ومن شحوب الخدين وغور العينين وانخفاض اليافوخ المقدم. ولذلك يرجح جداً أن يكون سبب التشنج تجمع هذه الأسباب. والعلاج الذي لا يبنى على هذا الاعتبار لا يأتي بفائدة.

العلاج - لقد بحثنا ملياً في الأعراض الآتفة الذكر على أننا نكرر النصح بأنه يجب أن يعطى الطفل على كل حال جرعة كافية من زيت الخروع في الحال. فإذا سكب نحو درم ونصف درم من هذا الزيت على كأس ماء دافئ أمكن اعطاؤه للطفل بسهولة عن سطح ذلك الماء مائلاً.

ثم يجب اتخاذ أية الوسائل الناجمة لاستخراج المواد السامة من أمعاء الطفل. ومن هذه الوسائل الحقن الشرجية بالماء والصابون أو بالماء والملح العادى. ويمكن أن يحقن الطفل بأوقية أو أوقيتين من السائل من غير أن يحدث أى أذى له. ولا حاجة لقدراً كبير من هذا. وقد يفضى القدر الكبير الى تشقق المعى. وإذا كانت ثمت شبهة بأن المعدة تشتمل على مواد غير مهضومة وجب أن تغسل بمحلول ملحي وأن يسكب الزيت الى المعدة بواسطة الأنبوبة المستعملة لغسل المعدة. وإذا كان جسم الطفل يحتاج الى السوائل أمكن اعطاؤه اياها عن طريق الفم أو عن طريق المستقيم أو بحقن تحت الجلد.

وفي غضون اعداد هذه العلاجات يجب أن يوضع الطفل في حمام ماء دافئ قد وضع فيه قدر ملعقة صغيرة من مسحوق الخردل. وقد جرب بعضهم

طريقة أتت بفائدة وهي ان يغمس منديل بالماء البارد ويوضع على رأس الطفل مادام في الماء الدافئ .

وحين يقتضى الأمر وجوب الحصول على تحسّن الأعراض حالاً يلجأ الى المورفين . فيعطى الطفل نقطة من «سائل المورفين» (حسب الفرما كوييا الانكليزية) كل نصف ساعة على ٣ مرات اذا استمرّ تحسّن الأعراض ، واليك مزيجاً مسكناً يعطى حين تكون الأعراض حادة :

برومورال	١,٥٠ جم
كلورال	٠,٧٥ جم
صبغة البلاكونا	١٢ نقطة
جليسرين	١٥,٠٠ جرام
ماء	٤٠,٠٠ »

فيمكن أن يعطى الطفل من هذا المزيج ملعقة صغيرة كل ساعة حين يكون صاحياً والتشنج مستمراً . ويعطى منه ٣ ملاعق صغيرة في اليوم اذا كانت اختلاجات المضلات تنذر باحتمال حدوث التشنج . لا تكف عن مراقبة الطفل حتى تثق أن الهضم عاد الى حاله الطبيعية

﴿ الرمد الصديدي للمولودين حديثاً ﴾

العدوى — لا يخفى أن عيون الأطفال والأحداث جميعاً عرضة للعدوى وللإصابة بالتهاب الملتحمة . ولا يندر أن تكون العدوى بسبب السيلان الذي تكون جراثيمه قد أصابت القناة التناسلية في مدة الحمل . فاذا كانت العدوى قد حدثت على هذا النحو ظهر الرمد في اليوم الثاني أو الثالث بعد ولادة الطفل .

وقد يحدث الرمد من العدوى بعد الولادة بأيام . وفي هذه الحالة لا يكون خادًا وقد يقتصر على عين واحدة .

المظهر - ان توسع الأطباء والحكيمات في العلم قد جعل هذا المرض نادر الحدوث . ولكن لم يزل هذا الداء الويل يزد عدد البؤساء الذين يقال انهم ولدوا عميانا . ومع ذلك لا يغرب عن البال أن العين قد تتلف حتى بعد المعالجة بحسب أفضل الطرق والأساليب . ولذلك فالواجب على المولود أن يستلم كل حادثة عَجَزَ عن علاجها الى زميل مختص بأمراض العيون يعتمد على علمه واختباره .

واذا كانت المعالجة عاجلة وصائبة كان سير المرض في سبيل الشفاء ناجحاً
سير المرضي - لا يندر أن ترى هذا الرمد يبتدىء في عين واحدة . وقد يستمر في عين واحدة أيضاً . ولكن الغالب أن يصيب كلتا العينين . تحمر ملتحمتا العينين وتحتقان ثم تفرزان الصديد . وسبب انتفاخ الجفنين وتورمهما هو تجمع الصديد داخل الجفون لدرجة أنه متى انفتح الجفنان اندفق الصديد الى الخارج . وأحياناً يكون الصديد وافراً فيندفع من بين الجفنين بالرغم من انطباقهما . وقد تظهر أخيراً قرحة في القرنية تلتهمي بتلف العين برمتها . أو قد يتخلف عنها سحابة أو عتامة .

طرق الوقاية - لا ريب في ان قلة عدد الحوادث ناتجة عن المعالجة الواقية . فالأطباء والحكيمات يقطرون في العين محلول تترات الفضة على نسبة واحد المئة وذلك على أثر الولادة حالاً اذا كانت الأم مصابة بالسيلان . والقابلات في مصر يعصرون الليمون في العين .

وأحسن طريقة لوضع قطرة تترات الفضة هي ان يوضع الطفل في حجر المرضع ووجهه الى السقف . ثم يسكب قليل من المحلول في ما بين الأنف

والعين ، ثم يُفتح الجفن بالا بهام فيدخل المحلول الى العين . وقد يلوح لمديم الاختبار ان المزيد من محلول الفضة قد يضر ، ولكن هذا الظن وهم باطل (لأن الأذى ليس بكثرة المحلول بل بقوّته) .

ويجب ان نفسل المهبل بمحلول برمنجنات البوتاس في الدور الثاني من أدوار التوليد في كل والدّة ترى أنها كانت تشكو من الإفرازات الرحمية . ثم يجب أن نمسح جيداً عيني الطفل على أثر الولادة بمخرق نظيفة من القطن الناعم أو بالقطن المبلل بالبوريك قبل أن يفتح الطفل عينيه .

المرج - العين السليمة : اذا ظهر الرمد في احدى العينين وجب بذل الجهد في وقاية العين الأخرى من العدوى . ولذلك يجب الانتباه الخاص الى العين السليمة أولاً . وهو يستلزم أن يُضجع الطفل على جانب العين العليمة ونفسل العين السليمة بالقطن المشبع بماء البوريك الدافئ من طرفها الخارجى الى جهة الأنف . ولا تستعمل قطعة القطن غير مرة واحدة ثم يُقطر في العين من محلول تترات الفضة $\frac{1}{2}$ وتكرّر هذه العملية صباحاً ومساءً كل يوم طالما ترى العين الرمداء ملتهبة وفيها آثار الرمد .

ثم غطّ العين تغطية محكمة بعدد من وفادات القطن المبتلة بمحلول البوريك ثم ضع على القطن أى نسيج واق كالنسيج المشمع الشفاف أو نحوّه ، واختم هذه الأغطية بغطاء من الشمع أو نحوّه بحيث يحفظها كلها في مكانها .

العين الرمداء - وبعد أن تبقى العين السليمة من العدوى على نحو ما تقدم بيانه عد الى معالجة العين الرمداء فاغسلها أولاً بمحلول البوريك وانما أجزء القطن الذى نفسل به الى جهة معاكسة للعين السليمة أى من جهة الأنف الى الخارج بحيث يبق الطفل مضجعا على جانب العين الرمداء . وبهذه الطريقة لا يبقى ثمة خوف من تطرق العدوى الى العين السليمة .

ولا تكثف بنسل خارج العين بل افتح الجفنين بكل عناية ودقة حتى يتسنى لمحلول البوريك أن يدخل الى سطح المقلة وباطن الجفنين ولا سيما الملتحمة. ولا بد أن تكون الملتحمة متورمة جداً ولذلك لا مندوحة من الاستعانة بشخص آخر في فتح الجفنين حتى تظهر القرنية وتُغسل بمَصْر القطننة المشبعة بمحلول البوريك فوقها. والأفضل أن يَضْجَع الطفل على الحِجْر بحيث يكون وجهه الى السقف والجسم مائلاً الى جهة العين الرمداء.

ثم درّب الممرضة وعلمها كيف تغسل العينين وتمصهما حتى يمكنك ان تعتمد عليها في اجراء عملية العلاج على هذا النحو. فاذا أمكن اجراء هذا العلاج كل ساعة في النهار وكل ساعتين في الليل كان حسناً جداً. ويضاف الى ذلك قطرة محلول نترات الفضة على معدل $\frac{1}{100}$ صباحاً ومساءً في إبان اشتداد أزمة المرض ومرة في اليوم أو مرتين من محلول أخف متى خفت حدة المرض. وفي مدة حدة الرمد تُستحسن المكمدات الباردة لأنها تُلطف التهاب. وانما لا يجوز الاستمرار عليها متى خفت حدة المرض.

ولا يخفى أن في الصديد خطراً عظيماً لا يمكن انتشار العدوى منه. ولذلك يجب أن تحذّر جميع من يختلطون بالطفل من هذا الخطر. وكذلك يجب أن تجعل وجه الطفل مائلاً وبعيداً حين فتّح جفنيه لئلاّ يندفع الصديد من بينهما بشدة ويصيب شيء من عينيكَ أو عيون آخرين. وكذلك يجب غسل اليدين جيداً بعد عملية غسل العين وتنظيفها. وأما جميع الخرق والقطن التي استعملت في العمل فيجب احراقها.

فهرست

اکسیا

- أعراض ٢٩٦
تشخيص ٢٩٧
علاج ٢٩٧
مضاعفات ٣٠٠
التعاقدات
المشيئة ٣٧٠
التهاب رحي حاد ٤٤٢
محيط الرحم ٤٥٧
أمنيوس ١٠٢
أمنيوسي
استسقاء ٣١٧
سائل ١٠٤
كيس ١٠٤
انثناء الرحم الحامل
الى الامام ٣٠٦
الى الوراء ٣٠٧
انحشار الرأس عند متكررات الولادة ١٦٢
وانع - ١٦٢
اندغام معيب للمشيئة ٣٦٢
انسداد الفرج ٥٦٦
المنق ٣٩٩
المهبل ٤٠١
انفجار يوق ٣٤٧
الرحم ٤٧٠
انقباض الرحم التشنجي ٣٩١
انقطاع الطمث ١٣٣
انقلاب الرحم ٣٨٣
أوردة الاعضاء التناسلية ٦٦
أوعية دموية ٦٥
لغاوية ٦٨

(ب)

- باغلس - قارلوني ٤٣٨
بتر الرحم ٥٤٤
بتر المنق ٥٣٢

(١)

- ابدرهالدين - تفاعل ٨٧
اجهاض ٣٢١
أسبابه ٣٢٢
انواعه ٣٢٤
نام ٣٣٤
عنق ٣٣٣
متروك ٣٣٣
متكرر ٣٣٨
موشك ٣٢٤
ناقص ٣٣٤
يوق ٣٤٩
تخريص ال ٤٧٩ و ٢٩١
طريقة اخلاء الرحم ٣٣٧
تشخيص تفريقي ٣٣٤
جنائي ٣٣٩
كحت في ال ٣٣٤ و ٣٢٩
احتباس البول ٢١٣
الرحم الحامل ٣٠٨
المشيئة ٣٦٧
ارجوتين ٢٠٨
استسقاء أمنيوسي ٣١٧
دماغي ٤٠٤
استئصال الرحم ٤٤٥
اسهال أخضر ٦٠٦
أعضاء التناسل الباطنة ٥١
أعضاء التناسل الظاهرة ٤٤
افراز مخاطي مدمم ١٦٣ و ١٥٨
مهبل طبيعي ٤٣٤
عفن ٤٤٦
أكسيا ٢٩٤
انثناء ال ٢٩٨
ارتفاع ضغط الدم في ال ٣٠٠
أسباب ٢٩٥

نحويل قديم مزدوج ٥١٧
مقدمى ٥١٦

نخدير — لاجراج المشيمة ٣٧٠
فى تخميرى الاجهاض ٣٢٨
سكو بولامين مورفين ٢٠٧
كلوروفورم ١٨٦

تداريز الجمجمة ١١٤

ثرند لنيرج — وضع ٥٥٣

ترقوة قطع ال ٥٣٤

ترفوبلاست ٩٦

تسم دموى ٤٤٧

تسم قيسى ٤٤٧

تشرخ الحوض ٢٣

تشنجات ٢٩٦

الاطفال ٦١٣

تشوهات أعضاء التناسل ٣٠٤

الجنين ٤٠٤

تطهير الفرج ٤٣٦

اليدين ٤٣٥

تفقيم الآلات ٣٣٦

تغذية الاطفال الصناعية ٥٧٦

تفتيت الجمجمة ٥٢٦

تفطيم الجنين ٢٧٢ — ٥٢٣

تمديد العنق بالاصابع ٤٧٩

بالشقوق ٤٨٠

بالمعدلات ٤٨٢

لتعريض الولادة ٤٧٩

تمزق البوق ٣٤٧

الرحم ٤٧٠

المجان ٢٠٠

العنق ٤٩٩

تؤامى — حمل ٢٧٣

مجموع — أنواع ٢٨٣

مضاعفات ٢٧٦

ميكانيكية ٢٧٤

براكتون هكس — طريقة ٣٦٤

برون — مشبك ٥٣٢

برجل بودلوك ٤١٧

سكوتش ٤٢٠

مارتن ٤١٥

إشارة الولادة ١٥٨

بطنى — جس ١٧١

بقر — تركيب لبن ٥٧٧

بلوغ ٨٢

بم — طريقة قطع المانة ٥٥٠

بوزمان — جفت ٢٧٠

قنطرة ٢٧٠

بوق — تشرخ ال ٥٩

حمل فى ال ٣٤٢

بول زلالى — أنواعه ٢٩٢

بول سكرى الحوامل ٢٨٥

بولى — تنوعات الجهاز ال ١٣٠

ناسور ٤٩٥

بويضة — أمراض ال ٣١٣

انفرا ٩٤

تكوين ٨٨

تأنيح ٩٤

بيتورين ٢٠٩

(ت)

تاريخ حدوث الولادة ١٤٢

المریضة فى ضيق الحوض ٤١٢

تجمع دموى

وراء الرحم ٣٤٨

وراء المشيمة ٣٦٧

فى الفرج ٣٨٤

تخميرى الاجهاض ٤٧٦

الولادة ٤٧٦

نحويل رأسى ٥١٤

قديمى — اخطار ٥٢٢

فى سقوط الحبل السرى ٥١٦

فى عدم التزامن الحلقى ٥١٦

(ث)

- ثدى — التهاب ال ٤٦٥
تفريخ ٧٩
تنوعات فى مدة الحمل ١٢٨
خراج فى ال ٤٦٥
عناية مدة الحمل ١٤٧
ثقب الجمجمة ٥٢٦

(ج)

- جبلى — منشأ ٥٤٩
جرف — حوصلات ٦١
جذع — مجى ٢٨٦
أنواع ٢٦٦
أوضاع ٢٦٦
علاج ٢٦٩
جسم أصفر ٦٢
جفت الولادة ٤٨٥
أخطاره ٥١١
تاريخه ٤٨٥
تركيبه — طرق ٥:٢
دلالات وضعه ٤٩٣
جذب محورى ٤٨٨
شروط وضعه ٤٩٩
فى الأوضاع المؤخرية الخلفية ٥٠٩
فى مجى المقعدة ٥١١
فى مجى الوجه ٥٠٩
فى منقب الحوض ٥٠٥
جمجمة — أظفار ١١٦
جنائى — أجهاض ٣٣٩
جنون تناسلى ٤٦٨
نفاسى ٤٦٩
جنين — درجة نمو ١١١
دورة الدم عند ال ١١٧
رأس ال ١١٤
منظمة ال ٤٠٣
قعدة ال — فى الرحم ١٢٠
ملتهوج ٤٠٥

جنين — مجى ال

- أسبابه ١٢٢
أنواعه ١٢٠
تشخيصه
وفاة — تشخيص ١٤٤ - ٣٣٦
جهاز عصى — تغيرات ١٣١
جيب للمياه — إضرار الانفجار المبكر ١٨٧ - ٣٩٠
شكل — فى الولادة السرة ١٧٩

(ح)

- حاجب — مجى ٢٤٧
تشكيل الرأس فى ٢٤٨
علاج ٢٤٨
ميكانيكية ٢٤٧
حبل سرى ١١٠
ربط ١٩٥
سقوط ٥٥١
غبار ٥٥٥
مجى ٥٥١
تشخيص ٥٥٢
علاج ٥٥٢
حدبة مصلية دموية ١٦١
حركات الجنين — الاحساس ١٤٢ - ١٤٣
حزام بندل ٣٩١
حقيبة ولادة ١٦٨
حلقة الانقباض ٣٩٤
حلقة الانكماش ١٥٢
حمام المولود ٥٨٦
حمى نفسية ٤٣٢
أنواع ٤٤٥
علاج ٤٥٠
مكرويات ٤٣٨ - ٤٣٩
حمل
احتباس البول فى أثناء ال ٣٠٨
التهاب كلوى مدة ال ٢٩٢
أمراض ٢٧٨

حج

امراض قنصلية ٢٨٦
امراض عمومية للعامل ٢٨٠
بوق ٣٤٢
تدبير الصفة في اثناء ١٤٧
تشخيص تفريق ١٤٠ — ١٤١
تنوعات الثدي في مدة ١٢٨

الرحم ١٢٤

المهبل ١٢٧

قلب في مدة ٣٠٢

تواهي ٢٧٣

جنون في مدة الـ ٤٦٨

حكة فرجية في اثناء الـ ٢٧٨

خارج الرحم ٣٤٣

سلس البول في اثناء ٣٠٨

ظواهر الـ ١٢٤

علامات الـ ١٣٣

علامة هيجار ١٣٤

فسيولوجيا ٨٧

في رحم منقذ الى الامام ٣٠٦

في رحم منقذ الى الوراء ٣٠٧

ككاذب ١٤١

مسدة الـ ١٣٤

نزف في اثناء الـ ٣٠٣

قء عادي في اثناء الـ ٢٧٨

قء مستعص ٢٨٨

حوض — اربطة ٤١

ارتفاعات ٤٠

ارضية ٧١ — ٧٥

افطار ٣٤

اوارم ٣٩٧

تشریح ٢٣

صنيق الـ ٤٠٨

انواع ٤٠٨

تشخيص ٤١٢

علاج ٤٢٥

حوض —

عضلات ٧٢

قياس ٤١٦

محاور ٣٨

مستويات ٣٧

وضع ٣٨

(خ)

خارج الرحم

حج ٣٤٢

اسبابه ٣٤٢

اعراضه ٣٤٤

انواعه ٣٥٣

سيره ٣٤٣

خراج تثبيت ٤٥٥

في الثدي ٤٦٥

في الحوض ٤٥٧

خطوط يضاء في الجمل ١٣٩

خلوى — نسيج الحوض الـ ٧٨

جل سلائي ١٠٦

خود الرحم ٣٨٦

(د)

دم — ازدياد مائية ٣٠٣

دم — تغيرات مدة الحمل ١٣٠

دوالي الاطراف ٢٧٨

دوبلن — طريقة ٣٦٩

دوران داخلي ٢٢٢

خارجي ٢٢٤

دور الولادة (ادوار) ١٨١

الاول ١٨١

الثاني ١٨١

الثالث ١٨١

دورة — تنوعات الـ — في اثناء الحمل ١٣٠

الجنين ١١٧

رحم —

تنوعات مدة الحمل ١٢٤

حجم ١٢٥

دلك ١٩٥

ذو قرن واحد ٣٠٦

ذو قرنين ٣٠٤

حد — في علاج الزحف ٣٨٦

سقوط — في أثناء الحمل ٣١١

طبقة متكررة ٤٤٢

منهيج ٣٩٤

مزدوج ٣٠٥

رضاع ٥٧٠

رمد صديدي ٦١٥

(ز)

زرق رمحي ٤٥١

زرق مهبلي ٤٣٧ — ٤٨٠

زلزال في بول الجوامل ٢٩٣

زهرى ٢٨٠

سبب الاجهاض ٣٢٤ — ٣٣٨

المشيمة ٣٢٠

ورائي ٦٠٩

(س)

سائل امنيوسي ١٠٤

مكترة ٣١٧

مقدار ال ١٠٤

تمن كية ٣١٩

منوى ٩١

نفاسي ٢١٢

تمغن ٤٤٦

ساقط ٩٨

امراض ٣١٣

التهاب ٣١٣

حقيقى ٩٨

قاعدى ٩٨

مغلف ٩٨

(ذ)

ذاتي — تحويل ٢٦٨

ذراع — تخليص ٢٦٨

تخليص الذراعين ٢٥٩

مجيء بال ٢٦٧

(ر)

رأس الجنين اقطار ١١٦

انتشاء ٢٢٠

انحشار ٢١٩

انحشار غير متزامن ٢٣٨

تشكيل ١٦١

تسريح ١١٤

حركات ٢١٩

دوران داخلي ٢٢٢

دوران خارجي ٢٢٤

رأسى تحويل ٥١٤

راحة في أثناء النفاس ٢١٤

راشيتري — حوض ٤٠٩

رباط (اربطة الرحم) ٥٦

رحم — احتباس ال — في الحوض ٣٠٨

اربطة ال ٥٦

ارتفاع قاع ال — مدة الحمل ١٢٥

اقسام ١٥١

انتشاء — الى الامام ٤٠٦

انتشاء — الى الوراء ٣٠٧

انفجار ٤٧٠

انقباض مستمر ٣٩١

انقباض حلقة الانقباض ٣٩٤

انتلاب ٣٨٣

اورام ٣٨٧

بتر ٥٤٤

تسريح ٥٢

تشوهات ٣٠٤

(ض)

- ضخامة الاكتاف ٤٠٣
عمومية ٤٠٣
منقط باطن الرحم العمومي ١٥٩
محوري للجنين ١٦٠
ضيق الحوض ٤٠٨

(ط)

- طفل — طعام مجهز للاطفال ٦٠٤
اعتناء بال ٢٠٦
براز ٥٦٦
بول ٥٦٥
حرارة ٥٦٤
تغيرات الدورة في ال — بعد الولادة ١٠
غذاء ٥٥٥ — ٥٦٧ — ٥٧١
ملابس ٥٨٨
منفس ٦٠٥
وزن ٥٩١
طلق — ادوية مقوية له ٢٠٨
قاذف ١٨٢
طمث — انقطاع في مدة الحمل ١٣٣
فسولوجيا ال ٨٤ — ٨٥

(ع)

- عانة — عظم ٢٨
عجان ٧١
تأثير الطلق على ال ١٥٨
تمزقات ٢٠٠
خياطة ٢٠١
ردف ١٨٨
عجز — تشريح ٣٠
عدم الانحشار — اسباب ١٨٢
تزامن الانحشار ٢٢٨
رجوع الرحم على ذاته ١٤٠ — ٢١٤
عنزة ٤٩

ساق — ورم ابيض مؤلم ٤٥٩

- سبعى — مكروب ١٥ — ٤٣٨
نسجية — حوصلة ١٠٦
سدادة عنقية ٤٣٤ — ١٢٦
سدرجى ٣٧٦
سند مهبل ٣٤٢ — ٤٦٤
سرطان المتق ٣٩٧
سرير الولادة — تحضير ١٩٤
سرى — خيل ١١٠
تقن ٦١١
ربط ١٩٥
سقوط ٥٥١
غيار ٥٥٥
نزف ٦١٢
سرية — حوصلة ١٠٠
سكتة رئوية ٤٧٤
سكوبولامين مورفين ٢٠٨
سلى — استئصال مخاطية ٣١٣
تشريح ١٠٦
سرطان ٣١٦
سمبلى طريقة ٢٦٢
سلسيشوم ٩٨
سيلان ٢٨٢
اللعاب ٣٠٢

(ش)

- شاذ طريقة ٢٤٣
شامبتيه دى ريب — ممدد ٤٨٢
شرايين الرحم والمبيض ٦٦
الفرج ٦٥
المهبل ٦٦
شرح — انسداد ٥٦٦
شلل ارب ٥١٣
شولتز — طريقة ٥٦٠

فسيولوجيا

- اعضاء التناسل ٨١
فضة — املاح غروية ٤٥٦
تترات ٦١٦
فوهة باطنة — تمدد ١٥٨
ظاهرة — تمدد ٩٥٧

(ق)

- قاطع الرأس ٥٣٢
قبضة باظليك ١٧٣
حوضية ١٧٥
سرية ١٧٢
قاعية ١٧٢
تنطرية يوزمان ١٧٠
مثنائية ٦٥
الرحم ٤٧٨
لرفع الحبل السرى ٥٥٣
قرحة نفاسية ٤٤٧
تشريرة ٤٤٨
قطر — (انقطاع) رأس الجنين ٦١٦
الحوض ٣٤
قطع الارتفاق الماني ٥٤٥
الترقوة ٥٣٤
عظم المانة ٥٤٧
اخطار ٥٤٧

قفاز — استعمال ٤٣٥

قلاع ٦٠٧

قلب — امراض في مدة الحمل ٣٨٣

قلب الجنين — ضربات ١٣٩

قسي — حوض ١١

قة — مجي ٢١٧

اوضاع ٢٧١

ميكانيكية ٢٦٩

قنوات مولر ٣٠٤

قياس الحوض ٤١٩

في الصباح ٢٧٨

مستمس ٢٨٨

عسر الولادة ٣٩٦

من جهة الام ٣٩٧

من جهة الجنين ٤٠١

من جهة الحوض ٤٠٨

عصص ٣٢

عضلات الحوض ٧٢

المجان ٧١

عظام الحوض ٣٤

عفن — التهاب رجعي ٤٤٦

اعراض عمومية ٤٤٦

بكتيريولوجية ٤٤٢

عنق

امحاء ١٥٣

انسداد ٤٠٠

تمزقات ٤٩٩

تمديد ٤٨٠

تنوعات — في أثناء الحمل ١٢٥

سرطان ٣٩٧

صلابة تشنجية ٣٨٩

ضيق ٣٩٩

عنق — اجهاض ٣٣٣

(غ)

غدد عديدة الاقية — تنوعات في مدة الحمل ١٣١

غشاء البكارة ٤٦

(ف)

فالج الذراع ٦١٠

قالب قناة ٥٩

فجائية

وفاء — مدة الحمل ٥٩

وفاء — مدة النفاس ٤٧٤

ولادة ٣٨٦

لخص يطني — طرق ١٧١

لخص مهبل ١٧٥

فرج — اورام ٣٩٧

تجميع دموي في الـ ٣٨٤

تطهير ٤٣٦

(م)

- مارتن طريقة ٢٦١
- مبرومة — أربطة ٥٦
- مبيض — تشرنج ٦٠
- متلهوج — جنين ٤٠٥
- مثانة — التهاب ٣١٠
- مجيء — انواع ١٢٠
- بالحاجب ٢٤٧
- بالرأس ١٢٠
- بالقصة ٢١٧
- مستعرض ٢٦٦
- بالمقصود ٢٥١
- بالوجه ٢٣٦
- بالأنفوخ الخافي ٢٥١
- المقدم ٢٤٩
- مرضع انتقاء ٥٧٦
- مستويات الحوض ٣٧
- مستعرض — قطار ٤٢٣
- مجيء ٢٦٦
- مسهلات — اعطاء الحامل ١٤٧
- مسهلات — اعطاء الولادة ٢١٢
- مسيخ انواع ٤٠٥
- مشبك برون ٥٣٢
- مشداخ ٥٢٩
- مشيمة
- احتباس ٣٦٧
- اضافية ٣١٩
- انواع غير طبيعية ٣١٩
- تخليص ١٩٥
- تشرنج ١٠٧
- علامات انفصال ١٩٦
- خص ال ١٩٩
- ملتصقة ٣٧٠
- مصل — معالجة بال ٢١ — ٤٥٣
- مضيق سفلى ٣٥
- علوى ٣٤
- مطهرات — استعمال ال ٣٧

فيسرية — عملية ٥٣٥

- خارج البريتون ٥٤٢
- مهبيلة ٥٣٩
- دلالات ٥٣٨
- طرق ٥٤١
- خيلة دموية ٢٤٨

(ك)

ككتف

- انحشار ٢٨٦ — ٢٢٥
- ضغامة ٤٠٣
- مجيء ٢٦٧
- مجيء بال — مهمل ٢٦٧
- كحت الرحم ٤٥٢
- اخطار ٤٥٣
- كراويز طريقة ٤٧٨
- كرديه طريقة (رويين) ٣٦٩
- كسر الترقوة ٥٣٤
- كلى — التهاب ٢٨٦ — ٢٩٣
- انواع ٢٩٢
- علاج ٢٩٣
- كلودوفورم — استعمال ١٨٦
- كولستروم ٥٦٧
- كبس امنوسى ١٠٤
- مبيض ٣٩٩

(ل)

- لباء او كولستروم ٥٦٧
- لبن البقرة ٥٧٧
- الجاموسة ٥٧٧
- الحجارة ٥٧٧
- المسرة ٥٧٧
- المسنة ٥٧٧
- لقاح — علاج بواسطة ٤٥٣
- لغاوى تسمم ٤٤٧
- لنجهان طبقة ٣١٦
- ليزول ٤٣٦
- لبنى ورم ٣٩٧

مول حويصلى ٣١٣
مول — طريقة ٤٣١
مؤخرى خلقى — وضع ٢٢٥ — ٢٣١

(ن)

ناسور بولى ٤٩٥
نبض الأم مدة النفاس ٢١١
مدة الولادة ١٦٣
نزف باطنى ٣٤٧
اعراض ٣٤٧
نزف بعد الولادة ٣٧١
جرى ٣٧٢
خودى ٣٧٣
علاج ٣٧٤
مارضى باطنى ٣٥٦
خارجى ٣٥٧
قبل الولادة ٣٥٤
محتم حدوته ٣٦٠
نفاس ٢١١
امراض مدة ٣٢ الى ٤٧٥
انتفاء الرحم للوراء فى مدة الـ ٢١٤
انذار ٢١٥
سكتة رئوية فى مدة ٤٧٤
تقاسية — حى ٤٢٢
قرحة ٤٤٧
نفخ رضى ١٣٩
سرى ١٤٠
قل الدم ٣٨٢

(هـ)

هبوط بعد النزف ٣٨٨
هزة قسرية باطنية ١٢٧
خارجية ١٤٠
هيجار — علامة ١٣٤

معالجة — تمريض الولادة الـ ٤٧٦
معدية — امراض الجلى الـ ٢٨٥
مفتت الرأس ٥٢٩
مفرطح — حوض ٤٠٩
مقدم خلقى — قطر ٤١٩
مقص كسر الترقوة ٥٣٥
مقدمة بجى ٢٥١
اقطار ٢٥٣
استعمال الجفت فى الجبىء بالـ ٥١١
اوضاع الجبىء بالـ ٢٥٣
علاج الجبىء بالـ ٢٥٦
موانع ولادة المقدمة ٥٣٢
مقياس الحوض ٤٢٢ — ٤١٦
مكروبوات ٩

انواع ١٤

سبحى ١٤

عنقودى ٦٤

ملحى — حتم محلول — تحت الجلد ٣٧٩
فى الاوردة ٣٨١

ملقعة راينشتادر ٣٣٠
ممدد شامپيه دى ريب ٤٨٢
ممدد فرومر ٤٨٣
مق ٩٤
موبل انسداد ٤٠١
اورام ٣٩٧
تفريح ٦٣
تشوه ٣٠٤
تطهير ٤٣٧
تنوعات — فى انتهاء الجلى ١٢٧
جراثيم ٤٣٤
زروقات ٤٣٧
سد لتمريض الولادة ٤٧٨
سد فى النزف المارضى ٣٥٨
ضيق ٤٠٠
مزدوج ٣٠٥
مهيلى — جس ١٧٥
عدم ضرورة ١٨٠

ولادة

- تعريف ال ١٤٨
- تعيين يوم ال ١٤٣
- طبيعية — تعريف ال ١٨١
- علامات ١٦٠
- طول مدة ١٢٤
- ظواهر ١٥٣
- صرة — علامات ١٦٣
- بغائية ٣٨٦
- معجلة ١٤٩
- مؤجلة ١٤٩
- ميكانيكية ٢١٩
- ولخر — وضع ٥٠٦

(ي)

- ياغوخ خلقي — مجيء ال ٢٥١
- اسباب ٢٥١
- علاج ٢٥١
- مقدم — مجيء ال ٢٤٩
- يد سقوط بجانب الرأس ٤٠١
- يرقان — اصابة الطفل ال ٦٩١

(و)

- وجه — مجيء ال ٢٣٦
- اسباب ٢٣٦
- تشكيل الرأس في ال ٢٤٢
- الجلت في علاج — ٥٠٩
- علاج ٢٤٢
- ميكانيكية ٢٤٠
- ورك ٢٩
- وركيه — حذبة ٢٧
- ورم ابيض مؤلم ٤٥٩
- حوضي ٣٩٧
- فرجي ٣٩٧
- ميفي ٣٩٧
- مهبلي ٣٩٧
- وريد — التهاب ٤٥٨
- انسداد ٤٦٠
- وریدی — تسمم ٤٦٢
- وزن الطفل ٥٩١
- ولادة — تحريض ٤٧٦
- تخصيزات ١٦٤

كِتَابُ فَيْتِ الْوِلَادَةِ

تأليف

الدكتور نجيب بك محفوظ

استاذ علمي الولادة وأمراض النساء بمدرسة الطب المصرية .
وجراح الولادة وأمراض النساء بمستشفى القصر العيني .

« الطبعة الثانية »

« حقوق الطبع محفوظة »

مطبعة المعارف شارع إفريقيا بطنطا

Bibliotheca Alexandrina



0432457